

ANNÉE 1941

N°

188

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Marie-Rose CANS (née SULZER)

Née le 17 Décembre 1911, à Paris

LES RAPPORTS DE LA COQUELUCHE ET DE LA TUBERCULOSE CHEZ L'ENFANT

Président de thèse : M. A. LEMIERRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1941

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY-RADOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
Clinique médicale.....	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPEL
	RATHERY.
	LEREBOUTLET.
	NOBECOURT.
	LAIGNEL-LAVASTINE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO
	GOSSET
	GREGOIRE
	LENCRMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	HARVIER.
	LEMAITRE.
	PIERRE DUVAL.
	M. VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	CLOVIS VINCENT.
	N...
Professeurs sans chaire.....	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale..... BARIETY.
 Pathologie médicale BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Bactériologie..... BONNET.
 Chimie BOULANGER.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie médicale..... BROUET.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CACHERA.
 Anatomie CORDIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Urologie COUVELAIRE.
 Anatomie pathologique DELARUE.
 Pathologie médicale DELAY.
 Physique DEGREGZ H.
 Médecine légale DESOILLE.
 Obstétrique DIGONNET.
 Physique DOGNON.
 Pathologie chirurgicale FEVRE.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK-BRENTANO
 Parasitologie GALLIARD.
 Pathologie médicale..... GARCIN.
 Anatomie pathologique Mlle GAUTHIER-VILLARS
 Pathologie médicale..... DE GENNES.

MM.

Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.
 Obstétrique LANTUEJOUL.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie médicale ... LENEGRE.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Pathologie médicale MARCHAL.
 Pathologie chirurgicale MENEGAUX.
 Pathologie médicale ... MOLLARET.
 Pathologie médicale MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale . PATEL.
 Pathologie chirurgicale PETIT-DUTAILLIS.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale . SENEQUE.
 Pathologie chirurgicale . SICARD.
 Pathologie médicale SOULIE.
 Obstétrique SUREAU.
 Pathologie médicale TURPIN.
 Pathologie chirurgicale . WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale.. HEITZ-BOYER.

MM.

Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Médecine légale..... PIEDELIEVRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE.
BRULÉ.
CATHALA.
CHABROL.
CHEVALIER.
DONZELOT.
DUVOIR.
GASTINEL.
LAROCHÉ G.
LIAN.
MOREAU.
SEZARY.

Clinique
médicale.

MM.
BASSET.
BROCQ.
CADENAT.
FEY.
GATELLIER.
de GAUDART
d'ALLAINES
LEVEUF.
MOULONGUET
MOÛRE.
QUENU.

Clinique
chirurgicale

MM.

ECALLE
METZGER.
PORTES
VIGNES

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

Education physique.....
Radiologie clinique.....
Stomatologie.....
Puériculture.....

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé.
LEDoux-LEBARD.
RUPPE.
WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE

Professeur de clinique des Maladies Infectieuses
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard

*Qui m'a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence
de cette thèse. Mes remercie-
ments respectueux.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR R. A. MARQUEZY

Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard

*Qui m'a inspiré le sujet de
ce travail, qui m'a constam-
ment aidée et guidée.*

*En témoignage de ma pro-
fonde reconnaissance, et de
mon profond attachement.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR A. JACQUELIN

Médecin de l'Hôpital Necker

*Dont l'enseignement m'a été
un guide si précieux au cours
de mes études médicales.*

*En témoignage de mon res-
pectueux et profond attache-
ment.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. BOULIN

Médecin de l'Hôpital St-Antoine

*Témoignage de mon sincère
attachement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1931-1932 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

1932 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. BENARD

Externat

1933-34 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PROUST (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR E. RIST

1934-35 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

1935-36 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARCHAL

Internat

1936-37 :

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMELAND (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR P. JACOB

1937-38 :

MONSIEUR LE DOCTEUR R. J. WEISSENBACH

MONSIEUR LE DOCTEUR R. A. MARQUEZY

1938-39 :

MONSIEUR LE DOCTEUR A. JACQUELIN

1939-40 :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. BOULIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. LEMAIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PH. PAGNIEZ

INTRODUCTION

L'influence de la coqueluche sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant a, depuis longtemps, retenu l'attention des auteurs. Nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet, tant en France qu'à l'étranger, et cependant l'accord ne semble pas encore réalisé. Aussi avons-nous essayé, sur le conseil de notre Maître M. le Docteur R. A. MARQUEZY, d'apporter notre contribution à cette étude.

Il semble, en effet, que seule l'observation de très nombreux cas longtemps suivis, autorise une conclusion en pareille matière. Or, d'avril 1937 à janvier 1941, à l'Hôpital Claude-Bernard, au Pavillon Teissier, dans le Service de M. R. A. MARQUEZY, nous avons pu observer *plus de 200 cas de coqueluche chez des enfants présentant une cuti-réaction positive à la tuberculine*. A leur sortie de l'Hôpital, nous avons continué à les suivre pendant plusieurs mois ou plusieurs années, soit dans leur famille, soit à l'Hospice de Brévannes, dans le Service de M. le Docteur CHEVALLEY, que nous ne saurions trop remercier de son amabilité.

Par ailleurs, M. CHEVALLEY a mis à notre disposition quelques observations personnelles qui nous ont permis de compléter notre étude.

PREMIÈRE PARTIE

RAPPEL HISTORIQUE

Pendant longtemps, la coqueluche a été classée parmi les maladies anergisantes, tout comme la rougeole et la grippe. Dès 1682, WILLIS écrivait que « la coqueluche est le vestibule de la consommation ».

Cette opinion fut longtemps admise comme un véritable dogme, on la retrouve dans nombre de traités classiques, tant en France qu'à l'étranger. En France, cette conception prévalut jusqu'aux environs de 1930.

L'opinion des auteurs, qui ont exprimé leur avis sur ce sujet mérite d'être rappelée :

HENOCH (1889) croit que même après une guérison apparemment complète de la coqueluche, il peut subsister, dans le poumon ou au niveau des ganglions trachéo bronchiques, des séquelles qui constitueront plus tard le point de départ d'une tuberculose miliaire.

HUTINEL et DARRÉ (1909) dans le *Traité des Maladies des Enfants* écrivent : « Après l'infection bronchique, la tuberculose de l'appareil respiratoire est la complication la plus redoutable de la coqueluche. Et d'abord, la tuberculose peut se développer au cours ou à la suite de la coqueluche chez un enfant semblant indemne de toute lésion bacillaire ; c'est surtout chez les enfants atteints de coqueluche intense et prolongée, ayant déterminé des altérations broncho pulmonaires et des troubles profonds de l'état général, que cette complication est à craindre, s'ils séjournent dans un milieu infecté comme le milieu hospitalier... Mais, beaucoup plus souvent, *la coqueluche ne fait que réveiller une tuberculose déjà existante* ; cette tuberculose était latente ou légère, en tous cas bien supportée ; au cours ou à la suite de la coqueluche, elle reprend son évolution avec une rapidité souvent foudroyante, alarmante. La coqueluche a imprimé à la tuberculose une marche si rapide que l'on doit décrire ces accidents tuberculeux nouveaux, comme des complications de la coqueluche.

« Dans l'un et l'autre cas, on observe les mêmes manifestations tuberculeuses qui apparaissent tantôt pendant la période des quintes, tantôt et plus souvent pendant la période de déclin, ou même au cours de la convalescence de la coqueluche.

« La bronchopneumonie tuberculeuse est la forme la plus fréquente de la tuberculose pulmonaire au cours de la coqueluche... La pneumonie caséuse est beaucoup plus rarement observée.

« Les accidents tuberculeux qui apparaissent pendant la coqueluche n'ont pas toujours une évolution aussi rapide. Souvent, après une phase aiguë plus ou moins prolongée, une tuberculose pulmonaire chronique se développe. Plus souvent encore, les lésions pulmonaires restent au second plan, et l'on observe le tableau de l'adénopathie trachéo bronchique.

« On peut voir, quoiqu'assez rarement, des cas de granulie généralisée à évolution parfois suraiguë, et des cas de méningite tuberculeuse...

« La coqueluche peut survenir chez un tuberculeux avéré ; dans ce cas, elle aggrave toujours la tuberculose ».

GRANCHER et COMBY, dans le *Traité des Maladies de l'Enfance* (1904) résument le problème ainsi : « La tuberculose pulmonaire succède assez souvent à la coqueluche et dans les autopsies de coquelucheux hospitalisés, je l'ai très fréquemment rencontrée. J'ai observé également l'adénopathie trachéo bronchique, la granulie. Tantôt, la tuberculose préexistait à la coqueluche qui lui a donné un coup de fouet. Tantôt, elle succède à la maladie et finit par entraîner la mort des malades. Dans tous les cas, la coqueluche, surtout dans les hôpitaux, est une maladie appelant la tuberculose et exerçant une influence néfaste sur sa marche ».

J. COMBY dans le *Traité des Maladies de l'Enfance* (7^e édition, 1927) précise les faits : « J'ai remarqué à l'hôpital chaque fois que j'ai eu à diriger le service

d'isolement des coquelucheux, que la plupart des décès s'observaient chez les tuberculeux. Un coquelucheux meurt de bronchopneumonie, nous allons à l'autopsie et nous trouvons des ganglions caséeux, de la granulie. Il en est ainsi 8 fois sur 10 et j'en conclus que *ce qui fait la gravité de la coqueluche hospitalisée, c'est la tuberculose latente, réveillée, exaspérée par la coqueluche* ».

BEZANÇON et S. I. DE JONG, dans le *Précis de Pathologie Médicale* (Tome II, 1923) disent que la rougeole et la coqueluche sont parmi les causes les plus fréquentes du réveil de la tuberculose dans la deuxième enfance.

D'après la statistique faite par WEILL et PÉHU, 5 % environ des cas de coqueluche se compliqueraient de tuberculose évolutive.

NOBÉCOURT a toujours défendu ce dogme classique. Dans le *Traité de Médecine des Enfants* (t. 2, 1934) il écrit, en collaboration avec G. BOULANGER-PILET : « Les rapports entre la coqueluche et la tuberculose sont complexes. Quand un tuberculeux en évolution contracte la coqueluche, celle-ci peut donner un coup de fouet à la tuberculose.

« Plus habituellement, la coqueluche apparaît chez un enfant atteint de tuberculose latente, occulte, ignorée. Il n'est pas rare, alors, qu'une évolution tuberculeuse apparaisse à la période de déclin ou de convalescence... On observe le plus souvent une bronchopneumonie caséuse, moins souvent une pneumonie caséuse, une granulie ou une méningite tuberculeuse ».

Dans une leçon faite à la Clinique Médicale des Enfants (février 1922), intitulée « Coqueluche et Tuberculose » NOBÉCOURT souligne encore l'allure aiguë prise par la tuberculose évolutive chez l'enfant contractant la coqueluche, et insiste, en outre, sur « l'influence de la coqueluche sur la tuberculose latente, occulte, méconnue ». Il n'est pas rare, dit-il, « de voir des enfants qui ne paraissent pas être des tuberculeux, qui peut-être même n'étaient pas tuberculeux, présenter, à l'occasion de leur coqueluche, une évolution tuberculeuse plus ou moins rapide ». Non seulement NOBÉCOURT admet l'aggravation ou le réveil d'une tuberculose déjà existante par la coqueluche, mais *il se demande si la coqueluche ne favorise pas une infection par le Bacille de Koch chez des enfants indemnes jusque là.*

Certains auteurs ont même une opinion encore plus affirmative, ainsi LÉGER considère que la coqueluche donne à la tuberculose une allure si rapide et que les lésions tuberculeuses éclatent si souvent dans son décours, qu'on peut les considérer comme de véritables complications de la maladie.

D'après STÉVENIN, la coqueluche aggrave bien souvent la tuberculose. Il insiste sur les formes que revêt cette évolution : bronchopneumonie tuberculeuse dont les signes apparaissent au décours de la coqueluche, adénopathie trachéo bronchique, ou bien granulie terminée bien souvent par une méningite.

Pour BOURGAREL et BERGERON (1927) : « La coqueluche assombrit singulièrement le pronostic des

lésions tuberculeuses *même relativement insignifiantes* : elle les réveille pour peu qu'elles ne soient pas purement cicatricielles. Elle reste un danger constant pour nos malades de sanatorium et même de préventorium ».

Les auteurs étrangers ont, eux aussi, longtemps considéré la coqueluche comme une véritable épée de Damoclès pour les enfants tuberculeux ; STRÜMPFEL (1883) décrit la tuberculose pulmonaire comme la plus importante complication de la coqueluche. STIECKER (1896) affirme que la coqueluche peut aussi bien aggraver une tuberculose existante que préparer le terrain à une nouvelle infection.

Plus récemment, GOTTLIEB et MÖLLER (1923) rapportent le cas de 8 enfants tuberculeux chez lesquels la coqueluche a entraîné trois fois la mort. REICHE rapporte les constatations faites à l'autopsie de 64 coquelucheux. Il aurait trouvé 24 cas de tuberculose récente.

KOENIGSBERGER et FÜRST relatent 13 cas de coqueluche survenus chez des nourrissons tuberculeux âgés de moins de 2 ans : ils ont observé 9 décès parmi lesquels 6 évolutions de tuberculose déclanchée par la coqueluche. KNOEPFELMACHER résume ainsi dans le *Traité des Maladies d'Enfants* : la coqueluche, par l'anergie tuberculinique qu'elle entraîne souvent, favorise le développement ou le réveil de la tuberculose. Cependant, il fait quelques réserves sur les difficultés de diagnostic entre foyers pulmonaires aigus et tuberculose.

BRÜNNER, en 1925, apporte les résultats observés chez 65 enfants tuberculeux ayant eu la coqueluche : il a observé 8 cas, où la coqueluche a aggravé la tuberculose, et a entraîné la mort : deux méningites, trois tuberculoses pulmonaires à évolution rapide, trois adénopathies trachéo bronchiques.

Certains auteurs insistent en outre sur le fait que non seulement la coqueluche prédispose à une aggravation de la tuberculose pulmonaire, mais encore, à une généralisation tuberculeuse, dont l'allure clinique la plus fréquente serait la méningite.

NOBÉCOURT a vu se déclarer, à plusieurs reprises, les symptômes d'une méningite au cours de la cinquième ou sixième semaine d'une coqueluche grave. HEUBNER (1906) dans son *Traité des Maladies d'Enfants* affirme « que chaque fois qu'éclate une grosse épidémie de coqueluche, on constate, dans les mois qui suivent, une fréquence insolite de cas de méningite tuberculeuse ».

ROSENFELD, en 1925, rapporte que les variations dans les indices de mortalité par la tuberculose, et en particulier dans le nombre des cas de méningite tuberculeuse, ont un rapport avec les épidémies de maladies infectieuses, et avec celles de coqueluche principalement.

Il faut pourtant signaler que, bien que tous les auteurs français et étrangers aient été longtemps d'accord pour décrire les rapports de la coqueluche et de la tuberculose comme un sombre drame dont la mort était souvent le dénouement, les pourcentages

de décès par la tuberculose au cours ou au déclin de la coqueluche ne sont jamais très élevés. Pour n'en citer que quelques-uns, rappelons que : MONRAISSE, (1901) donne le chiffre de 0,84 % — BORÉAL (1907) 1,76 % — DESCHAMPS (1904) 1,23 % — SCHLEMMER (1914) 2,46 % — D'ESPINE 2,17 % — NOBÉCOURT (1921) 5 %, chiffre déjà donné par RILLIET et BARTHEZ — WEILL et PÉHU également 5 % — WEILL de Lyon (1921) 2,38 %. — Ces chiffres apparaissent comme bien semblables et même parfois inférieurs à ceux auxquels nous aboutirons dans nos conclusions.

Cependant, bien que l'influence aggravante de la coqueluche sur la tuberculose ait été considérée comme indiscutable par nombre d'auteurs, cette opinion a été remise en question et bien des voix discordantes se sont élevées contre cette conception, durant ces dernières années. Des travaux et des statistiques récentes semblent prouver que l'on a poussé trop loin cette façon de voir.

Un des premiers auteurs qui a émis une opinion différente est POSPISCHILL. Dans sa monographie sur la Coqueluche, qui date de 1921, il n'hésite pas à conclure à l'opposé des données classiques, et juge que *la tuberculose et la coqueluche évoluent de façon indépendante sans influence réciproque*. Il nie qu'une tuberculose existante soit aggravée par la coqueluche. Leur fréquence explique, dit-il, leur coexistence, et le fait de rencontrer une tuberculose active, pour celui qui observe de nombreux cas de coqueluche, ne peut constituer la preuve que cette dernière est respon-

sable de l'aggravation de la tuberculose. POSPISCHILL dit également qu'un grand nombre d'erreurs vient de la difficulté d'établir cliniquement le diagnostic différentiel entre les lésions spécifiques du « poumon coquelucheux », et celles de la tuberculose.

A la suite de POSPISCHILL de nombreux auteurs se sont ralliés à cette nouvelle doctrine ; c'est ainsi que MOUISSET (1926) a suivi 70 coquelucheux, et n'a constaté aucune aggravation de la tuberculose préexistante. GOEBEL (1929) parmi 22 cas, n'a constaté qu'une tuberculose miliaire déclarée au déclin de la coqueluche. BEISKEN (1925) nie absolument l'aggravation de la tuberculose par la coqueluche. NOEGGERATH et ECKSTEIN (1925) n'ont pas noté d'augmentation de la mortalité de la tuberculose après une très forte épidémie de coqueluche et de rougeole à la Clinique d'Enfants de Fribourg.

Plus intéressante est l'étude de MEYER et BURGHARD (1925) car, au lieu de ne citer, comme bien souvent, que des cas isolés ou peu nombreux, elle repose sur 1064 observations faites à la Clinique de DÜSSELDORF. Il s'agit, soit d'enfants atteints de tuberculose latente, soit d'enfants atteints de lésions évolutives ; ces auteurs apportent les conclusions suivantes : sur 220 décès survenus pendant l'évolution de la coqueluche, 2 cas seulement sont dus à la tuberculose, et ces auteurs estiment que même des enfants porteurs de foyers tuberculeux avérés et évolutifs peuvent supporter une coqueluche grave.

MOSES (1927) étudie des cas de tuberculose osseuse

ou ostéo-articulaire ; lui aussi conclut négativement car, sur les 53 cas qu'il relate, deux décès seulement sont dus à une tuberculose évolutive.

En France, R. DEBRÉ et ses élèves ont contesté le rôle important attribué jusqu'ici sans réserve aux maladies infectieuses dans l'étiologie de la tuberculose ; F. CORDEY (1925) dans sa thèse sur l'étiologie et la pathogénie des tuberculoses de la seconde enfance, conclut que, ni la coqueluche, ni les autres maladies infectieuses anergisantes n'ont le rôle qu'on leur attribue classiquement dans le réveil, ou le développement de lésions tuberculeuses.

F. R. CHOFFÉ (1929) étudie le rôle des maladies infectieuses dans l'étiologie de la tuberculose de la deuxième enfance : il a observé 99 enfants parmi lesquels 31 présentaient des antécédents tuberculeux certains, et 68 des lésions tuberculeuses cicatricielles ; à la suite de la coqueluche, un seul aurait peut-être présenté de nouvelles manifestations tuberculeuses.

Mlle CRÉMIEU-ALCAN (1926) recherchant l'étiologie de la méningite tuberculeuse cliniquement primitive chez l'enfant de 2 à 15 ans conclut également au rôle douteux des maladies infectieuses ; elle n'a retrouvé la coqueluche que dans les antécédents de 8 % des cas.

De même, l'enquête, que R. DEBRÉ a poursuivie en collaboration avec R. SENOZE (1927) sur l'étiologie de la méningite tuberculeuse secondaire permet de conclure : « Sur 96 cas, dans 4 cas seulement un épisode infectieux a précédé de moins de 3 mois l'éclosion

de la méningite tuberculeuse. Un garçon de 10 ans 1/2 atteint d'ostéite radio-carpienne avec abcès a successivement, la rougeole, la coqueluche et une bronchopneumonie... Une fillette de 3 ans 1/2 atteinte de mal de pott cervico-dorsal, a successivement une ostéomyélite aiguë du fémur, la coqueluche, la varicelle, un zona intercostal... Ces rares exemples ne suffisent pas à étayer la doctrine classique et leur caractère exceptionnel autorise formellement à se demander s'il ne s'agit pas de simples coïncidences ».

BEISKEN (1926) poursuit à la même époque une étude sur les rapports des maladies infectieuses avec la tuberculose ; sur 200 cas de méningite tuberculeuse, 26 fois seulement une coqueluche récente put être retrouvée.

Par ailleurs, pour LÉON BERNARD, M. LAMY et Mlle DUMANS (1932) sur 14 cas : « l'influence de la coqueluche a été nulle chez 10 enfants atteints de tuberculose latente révélée seulement par l'existence d'une réaction à la tuberculine positive ; chez 4 autres enfants atteints de tuberculose pulmonaire évolutive, l'influence a été nulle dans 1 cas. Chez un autre, un foyer pulmonaire s'est développé simplement 7 mois après la coqueluche, ce qui rend l'influence de celle-ci hypothétique. Chez un autre, un nouveau foyer pulmonaire s'est développé après l'éclosion de la coqueluche et a guéri au bout de quelques mois ; chez un troisième, nous avons constaté 6 semaines après le début de la coqueluche, une extension des lésions tuberculeuses et une aggravation de l'état général. La mort est survenue un an plus tard ».

Depuis ce travail, qui apportait des conclusions intéressantes, mais qui portait sur un nombre de cas un peu limité pour donner une opinion définitive, de nombreux auteurs ont apporté des conclusions identiques.

Pour AMSLER et RUAIS (1936) « la coqueluche n'est pas une maladie phthisiogène ». Les tuberculoses déclanchées au moment de la coqueluche ne seraient pas particulièrement graves, et les tuberculoses antérieures à la coqueluche ne sont pas, de ce fait, aggravées.

E. GABRIEL (1934) parmi les 1995 enfants qu'il a observés, ne relève que 7 décès dus à une tuberculose pendant le cours et le décours de la coqueluche.

G. ARCE ALONSO (1932) a observé des évolutions tuberculeuses à la suite de la coqueluche, mais rapporte, d'autre part, des cas de tuberculose grave non influencés par la coqueluche.

S. P. NALBANT a observé l'action de la coqueluche ou de la rougeole sur un groupe de 118 enfants pendant le cours de leur cure préventoriale : dans 12 cas, la coqueluche a déterminé quelques modifications radiologiques de courte durée, sans signes généraux concomitants. Les autres cas n'ont pas été influencés.

I. J. HERSHEY et F. WARD (1935) n'ont constaté aucune aggravation clinique ou radiologique chez 10 enfants tuberculeux ayant contracté la coqueluche.

En mai 1937, une enquête sur la coqueluche entreprise par « La Clinique » auprès des pédiâtres français et étrangers, nous apporte les conclusions sui-

vantes : « les réponses semblent indiquer de façon générale que l'influence de la coqueluche sur la tuberculose a été exagérée par les auteurs classiques. Si certains (5) la nient complètement, d'autres (10) la mettent en doute ou déclarent simplement ne pas l'avoir constatée. Un assez grand nombre estime que cette influence est exceptionnelle, mais elle leur a paru indéniable dans certains cas personnels qu'ils ont observés. L'opinion émise par FRANCONI résume bien la majorité des réponses : la coqueluche n'a pas une influence très manifeste sur la tuberculose, mais il existe des cas rares qui montrent que l'association des deux maladies peut entraîner de redoutables conséquences ».

Plus récemment encore, SIEGEL et GOLDBERGER (mars 1939) rapportent 25 cas de coqueluche chez des enfants tuberculeux sans aggravation appréciable.

Les constatations anatomiques suivent dans leur résultat la même influence que les données cliniques :

C'est ainsi qu'en 1910 NEURATH considère la tuberculose hilare comme une affection due à la coqueluche et affirme qu'à l'autopsie des coquelucheux on ne manque presque jamais de trouver des lésions pulmonaires tuberculeuses. STIECKER (1911) décrit la tuberculose pulmonaire et les adénopathies comme une complication propre à la coqueluche. Plus récemment COMBY (1927) dit que 8 fois sur 10 il trouve, à l'autopsie des coquelucheux morts de broncho-pneumonie, des ganglions caséeux ou de la granulie.

Mais cette conception classique qui faisait de la

coqueluche « le vestibule de la consommation » semble nettement exagérée et cela du fait d'observations souvent insuffisantes ; l'usage systématique des réactions à la tuberculine telles qu'on les pratique actuellement, permet, en effet, un diagnostic souvent plus précis. On ne confond plus la bronchopneumonie tuberculeuse avec la bronchopneumonie trainante pseudo tuberculeuse, telle que l'ont isolée H. ROGER et HUTINEL. Le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse n'est plus porté aussi facilement que jadis. LÉON BERNARD et VITRY (1923), R. DEBRÉ et Mlle PETOT (1926), RIST et LÉVESQUE (1930) ont insisté sur l'abus de ce diagnostic. Déjà POSPISCHILL examinant de nombreux ganglions trachéo-bronchiques à l'autopsie de coquelucheux concluait que, dans la majorité des cas, il ne s'agissait que d'adénopathie banale.

D'autre part, l'étude radiologique des bronches et des poumons au cours de la coqueluche a permis, dans ces dernières années, d'isoler des aspects que l'on tend à considérer comme spécifiques du poumon coquelucheux (POSPISCHILL, R. DEBRÉ). De même, la radiographie des bronches, après injection intra trachéale de lipiodol, a permis de préciser la signification de l'expectoration purulente que l'on observe de temps à autre dans la coqueluche, mettant en valeur le rôle de la distension aiguë des bronches (R. A. MARQUEZY, Cl. LAUNAY, Mlle E. MAGE). Dans tous ces cas, l'absence de réaction de la peau à la tuberculine permet aisément d'éliminer le diagnostic

de tuberculose et de conclure à l'origine coquelucheuse des accidents. Sans doute, la coqueluche peut suspendre l'action de la tuberculine sur la peau, et une cuti-réaction négative peut ainsi entraîner une erreur de diagnostic. Ce fait indiscutable reste exceptionnel et temporaire ; très rapidement, la cuti-réaction redevient positive ; l'analyse clinique permet alors de discriminer l'étiologie des accidents. Sans doute aussi, la coqueluche peut évoluer chez un tuberculeux pulmonaire dont les lésions sont fixées, et la cuti-réaction positive ne permet pas de rapporter les symptômes à la seule tuberculose. Ici encore, l'analyse clinique garde tous ses droits.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE CLINIQUE

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Entre le mois d'avril 1937, où fut ouvert le Pavillon de la Coqueluche à l'Hôpital Claude-Bernard, et le 1^{er} janvier 1941, 289 enfants présentant une cuti-réaction positive à la tuberculine, ont été hospitalisés pour coqueluche dans le Service de notre Maître M. le Docteur R. A. MARQUEZY.

Ces enfants doivent être immédiatement divisés en deux groupes :

1^o *groupe* — 204 avaient une C. R. positive, mais une image radiologique tantôt entièrement normale, tantôt présentant des lésions hilaires discrètes et cicatricielles : il s'agissait de *tuberculose fixée ou peu évolutive* au point de vue clinique et radiologique.

2^o *groupe* — 85 présentaient une C. R. positive avec une image radiologique de *tuberculose évolutive* : tantôt simple complexe primaire, image ganglio-pul-

monaire hilaire, tantôt lésion pulmonaire plus importante : ensemencement micro nodulaire plus ou moins étendu, spléno-pneumonie, inflammation péri-scissurale.

Nous ne retiendrons que 190 de ces observations recueillies à l'Hôpital Claude-Bernard :

147 cas de tuberculose fixée ou peu évolutive.

45 cas de tuberculose nettement évolutive.

Car, il nous a été impossible de revoir les autres enfants ou d'avoir des renseignements précis sur la période qui a suivi leur coqueluche.

Nous y ajouterons 10 observations recueillies à l'Hospice de Brévannes dans le Service de M. le Docteur CHEVALLEY : il s'agissait ici d'enfants déjà soignés pour une tuberculose pulmonaire qui, au moment même de leur cure sanatoriale, contractèrent la coqueluche.

Les 200 cas que nous allons exposer ont été observés pendant une durée de 3 mois à 2 ans.

L'analyse de ces 200 observations va nous permettre d'étudier :

1° — *l'influence de la coqueluche sur la tuberculose pulmonaire non évolutive* (147 cas).

2° — *l'influence de la coqueluche sur la tuberculose pulmonaire évolutive* (53 cas).

I. — INFLUENCE DE LA COQUELUCHE SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE NON EVOLUTIVE

Nous avons suivi 147 enfants à cuti-réaction positive dont l'image radiologique ne montrait que des lésions peu évolutives, fixées ou cicatricielles.

1°	—	5 observations	avant 1 an
2°	—	11	— de 1 à 2 ans
3°	—	18	— de 2 à 3 ans
4°	—	16	— de 3 à 4 ans
5°	—	28	— de 4 à 5 ans
6°	—	26	— de 5 à 6 ans
7°	—	15	— de 6 à 7 ans
8°	—	11	— de 7 à 8 ans
9°	—	9	— de 8 à 9 ans
10°	—	3	— de 9 à 10 ans
11°	—	4	— de 11 à 12 ans
12°	—	1	— à 13 ans.

1° — DE 0 A 1 AN, NOUS AVONS OBSERVÉ 5 CAS

OBSERVATION 1.

N. Michelle, 6 mois. Contracte la coqueluche en juin 1938. Coqueluche d'intensité moyenne entraînant rarement des vomissements. C. R. fortement positive, depuis l'âge de trois mois ; a été en contact avec son père qui présente une tuberculose pulmonaire ouverte.

L'auscultation des poumons est négative.

L'état général est bon, l'enfant pèse 9,500 kgs, a 3 dents, l'appétit et le sommeil sont bons.

La radiographie montre un hile droit chargé, et quelques travées inter-cléïdo-hilaires gauches.

Un an après la coqueluche (juillet 1939) l'enfant allait bien, se développait normalement.

OBSERVATION 2.

R. Robert, 6 mois. Contracte la coqueluche en octobre 1938. Forte coqueluche sans complications. C. R. fortement positive, il y a eu du B. C. G. à la naissance. Il y a plusieurs cas de tuberculose dans la famille proche.

L'auscultation est normale.

L'enfant est bien constitué, pèse 8 kgs 200.

La radiographie montre quelques calcifications du hile droit.

Pendant l'évolution de la coqueluche, l'enfant prend 600 gr.

5 mois après, nous avons revu l'enfant qui était en bon état. Poids 9 kgs 700.

OBSERVATION 3.

R. René, 5 mois. Est amené en mai 1938 pour coqueluche avec C. R. positive. Les parents sont bien portants. Est né à terme. Poids de naissance 4 kgs 500. Nourri au lait ordinaire. A toujours été bien portant. Bon état général. Poids 7 kgs 400. Auscultation normale.

Radiographie normale.

Prends du poids assez régulièrement pendant sa coqueluche.

Nous avons revu l'enfant 9 mois après en bon état. Poids 10 kgs. 200. Radiographie normale.

OBSERVATION 4.

F. Marguerite, 8 mois. Entre en avril 1938 pour forte coqueluche. C. R. positive. A son entrée, l'état général est très médiocre ; l'enfant est hypotrophique. Poids 6 kgs 200.

Les parents sont syphilitiques, l'enfant a été traitée irrégulièrement depuis sa naissance ; elle présente des signes nerveux, trémulation, convulsions, mouvements des globes oculaires. Une ponction lombaire montre un liquide très hypertendu (35 au manomètre de Claude), par ailleurs normal.

Auscultation normale.

Radiographie normale.

La température normale au début, s'élève à 39°, 40° au bout de 10 jours, avec accentuation des signes nerveux. Tout rentre dans l'ordre en 8 jours.

A la sortie, l'état général est toujours médiocre.

Nous avons revu l'enfant un an après, l'état général était meilleur, le poids, de 10 kgs 200, la radiographie normale.

OBSERVATION 5.

B. Nicole, 1 an. Coqueluche bénigne en juillet 1939. C. R. positive, a été en contact avec sa mère, tuberculeuse pulmonaire.

Bon état général. Poids 9 kgs 300.

Auscultation normale.

Radiographie : hile droit un peu élargi.

Prend 1 kg. pendant sa coqueluche.

Est envoyée à Brévannes.

1 an après, bon état ; poids 12 kgs. Radiographie sans modifications.

2° — DE 1 A 2 ANS, NOUS AVONS OBSERVÉ 11 CAS

OBSERVATION 6.

P. Ginette, 21 mois. Contracte une coqueluche d'intensité moyenne en octobre 1937. C. R. positive, a été en contact avec sa mère tuberculeuse pulmonaire.

L'état général est bon. Poids 10 kgs 800.

A l'auscultation, respiration rude surtout à droite.

La radiographie montre un hile droit augmenté de volume. L'image est homogène.

Est envoyée à Brévannes en convalescence.

Au bout de 5 mois très bon état général. Poids 11 kgs 500. Pas de modifications radiologiques.

OBSERVATION 7.

El. Ali, 20 mois. Contracte une forte coqueluche en mai 1937. C. R. positive. Les antécédents ne nous sont pas connus.

L'état général est médiocre. Le poids 9 kgs 700.

La radiographie montre une image pulmonaire normale.

Envoyé à Brévannes.

Meurt un mois après de bronchopneumonie double. Il n'y a pas eu d'autopsie.

OBSERVATION 8.

T. Jeannine, 20 mois. Très forte coqueluche en avril 1937. C. R. fortement positive. Les antécédents ne sont pas connus.

L'auscultation révèle une respiration rude au sommet droit, quelques râles de bronchite dans les deux champs pulmonaires.

La radiographie montre une image hilare bilatérale homogène.

L'état général est médiocre, le poids de 10 kgs. 800.

Envoyée en convalescence à Brévannes.

Sort 4 mois après, en bon état. Poids 11 kgs. 900. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 9.

N. Daniel, 22 mois. Coqueluche bénigne en août 1937. C. R. positive depuis 8 mois. Aurait à ce moment (décembre 1936) fait une primo infection. Le père était un tuberculeux pulmonaire.

L'examen pulmonaire est normal.

L'état général est bon. Poids 11 kgs 800. Il existe des adénopathies sous-maxillaires et cervicales.

La radiographie montre une ligne de scissurite droite, reliquat de la primo infection.

Nous avons revu l'enfant 10 mois après en bon état. Poids 12 kgs 700. Pas de modifications radiologiques.

OBSERVATION 10.

B. Paul, 18 mois. Coqueluche d'intensité moyenne en 1937, légèrement fébrile. C. R. positive, le contage n'est pas connu.

L'auscultation révèle quelques râles sibilants aux deux bases.

L'état général est médiocre. L'enfant est pâle, hypotrophique, Poids 7 kgs 800.

La radiographie montre un hile droit élargi, avec deux grosses calcifications.

6 mois après, l'état général est toujours médiocre. Poids 8 kgs 900. Pas de modifications radiologiques.

OBSERVATION 11.

F. Irène, 18 mois. Coqueluche d'intensité moyenne en juillet 1937. C. R. positive. Le contage n'est pas connu.

A l'auscultation, on trouve quelques râles sibilants aux deux bases.

L'état général est médiocre, l'enfant est hypotrophique, pèse 7 kgs 500, pâle, a de nombreuses adénopathies maxillaires et inguinales.

La radiographie montre une image hilaire discrète bilatérale.

18 mois après, bon état. A eu la rougeole en janvier 1939, sans complications. Pas de modifications radiologiques.

OBSERVATION 12.

B. Michel, 17 mois. Contracte une coqueluche bénigne en janvier 1938. La C. R. est fortement positive, l'enfant

a été en contact 6 mois avec son père tuberculeux pulmonaire.

L'auscultation est normale.

L'état général est assez bon, l'enfant pèse 9 kgs 300.

La radiographie montre une image hilare très élargie, la coupole diaphragmatique droite est oblique, le cul-de-sac costo diaphragmatique est comblé.

Un an après pèse 12 kgs 300. Tousse un peu. L'auscultation est normale. La radiographie montre des hiles un peu chargés.

OBSERVATION 13.

R. Yolande, 14 mois. Coqueluche d'intensité moyenne, apyrétique en octobre 1938. C. R. positive, le contag ne nous est pas connu.

L'auscultation est normale.

L'état général assez bon, le poids de 8 kgs 600.

La radiographie montre un hile droit chargé, et quelques traînées fibreuses inter-cléïdo hilaires droites.

8 mois après, l'enfant était en bonne santé, poids 10 kgs 400.

OBSERVATION 14.

S. Raymond, 2 ans. Contracte une coqueluche en octobre 1938. L'enfant a été en contact avec son père mort de tuberculose pulmonaire en avril 1938. Les deux premières C. R. faites à intervalle de 10 jours pendant la période des quintes, furent négatives, la troisième fortement positive. Il est certain que la coqueluche a amené ici la *négativation de la C. R.*, car l'enfant présentait des réactions positives à la tuberculine 10 mois avant sa coqueluche.

L'auscultation montre quelques râles de bronchite aux deux bases.

L'état général est assez bon, le poids de 10 kgs 500.

La radiographie montre une ombre hilare droite opaque.

Envoyé en convalescence à Brévannes, *en sort 10 mois plus tard en bon état. Poids 11 kgs 700. Pas de modifications radiologiques.*

OBSERVATION 15.

P. Roger, 2 ans. Coqueluche bénigne en juin 1940. C. R. positive, les antécédents ne sont pas connus.

La température est subfébrile ($37^{\circ}8-38^{\circ}$). L'état général est bon, le poids de 10 kgs 600.

L'auscultation est normale.

La radiographie montre une image hilaire bilatérale discrète.

Revu 6 mois après, en très bon état. Poids 12 kgs. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 16.

B. Pierre, 14 mois. Coqueluche bénigne en juillet 1939. C. R. positive, a été en contact avec sa mère tuberculeuse pulmonaire.

Bon état général, poids 9 kgs 500.

Auscultation normale.

Radiographie : hile droit un peu élargi.

Prend 1 kg. pendant sa coqueluche.

Est envoyé à Brévannes. *1 an après, bon état général. Poids 12 kgs, radiographie sans changement.*

3° — DE 2 A 3 ANS, NOUS AVONS OBSERVÉ 18 CAS

OBSERVATION 17.

S. Henri, 2 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en juillet 1937. C. R. fortement positive. Le contage ne nous est pas connu.

L'auscultation est normale.

La radiographie montre des hiles un peu augmentés de volume.

L'état général est bon, le poids 11 kgs 300.

Envoyé en convalescence à Brévannes, *sort 4 mois après en bon état. Poids 12 kgs 200.*

OBSERVATION 18.

S. Roland, 2 ans. Coqueluche bénigne en juin 1937.

C. R. fortement positive. Le contage n'est pas connu.

L'auscultation révèle quelques râles ronflants et sibilants dans les deux champs pulmonaires.

L'état général est assez bon. Le poids de 10 kgs 500.

La radiographie montre une hilite droite.

5 mois après, sort de Brévannes où il était en convalescence, *en bon état. Poids 11 kgs 800.*

OBSERVATION 19.

B. Roger, 2 ans. Hospitalisé à Brévannes pour primo infection tuberculeuse. A été en contact avec un oncle présentant une tuberculose pulmonaire.

A son entrée, enfant maigre, 9 kgs 400 ; pâle. C. R. positive.

La radiographie montre des hiles légèrement chargés.

Contracte, 2 mois après son entrée, une coqueluche d'intensité moyenne qui n'a d'influence ni sur la C. R., ni sur l'image radiologique.

Quitte Brévannes *4 mois après en bon état. Poids 11 kgs 200 ; radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 20.

M. Robert, 2 ans. Coqueluche bénigne en mai 1938.

C. R. faiblement positive.

A l'auscultation, quelques râles sibilants et ronflants dans les deux champs pulmonaires.

L'état général est bon. Poids 10 kgs 300.

La radiographie est normale.

Est envoyé en convalescence à Brévannes. *En sort 4 mois après en bon état. Poids 11 kgs 500.*

OBSERVATION 21.

F. Lucette, 2 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1938. C. R. faiblement positive, les antécédents ne sont pas connus.

L'auscultation est normale.

L'état général bon. Le poids 11 kgs.

La radiographie montre un hile gauche un peu augmenté de volume.

Est envoyée à Brévannes. *Sort 5 mois après en bon état.*
Poids 12 kgs 200.

OBSERVATION 22.

B. Paul, 2 ans. Coqueluche bénigne en juillet 1937. C. R. positive.

A l'auscultation, râles de bronchite dans les deux champs pulmonaires.

L'état général est assez bon, malgré une fébricule autour de 38°, le poids est de 11 kgs 700.

La radiographie montre une trame pulmonaire légèrement accentuée à gauche.

Fait un séjour de 5 mois à Brévannes. *A la sortie, température normale, bon état général, poids 12 kgs 800.*
La radiographie montre une régression de l'image hilare.

OBSERVATION 23.

P. Georges, 2 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en octobre 1937, compliquée de pleurésie purulente gauche à pneumocoques. C. R. positive depuis 6 mois, a été en contact avec un frère tuberculeux.

L'auscultation montre un syndrome pleurétique à la base gauche.

La radiographie, outre l'obscurité de la base gauche, révèle une infiltration péri-hilaire qui a déjà été notée sur une radiographie faite trois mois avant.

A l'entrée, le poids est de 10 kgs 700.

La pleurésie purulente a évolué vers la guérison, après

4 ponctions et un traitement sulfamidé. L'enfant quitte l'hôpital au bout de 4 mois en bon état. Poids 11 kgs 700.

Revu 5 mois après, en bon état, poids 12 kgs 300, radiographie : diminution de transparence de la base gauche, régression de l'image hilare.

OBSERVATION 24.

L. Marcel, 2 ans 1/2. Coqueluche sans complications en février 1938. La C. R. positive trois mois avant la coqueluche, devient négative pendant la période des quintes. Une troisième C. R. (faite au bout de 25 jours) est fortement positive.

L'auscultation est normale.

L'état général bon, le poids de 12 kgs 300.

La radiographie est normale.

Revu 8 mois après en bonne santé, poids 12 kgs 900.

OBSERVATION 25.

P. Bernard, 2 ans. Coqueluche bénigne en avril 1938. La C. R. est positive, a été en contact avec son père tuberculeux pulmonaire.

L'auscultation est normale.

L'état général est bon, le poids de 11 kgs 700.

La radiographie montre un hile droit chargé et des calcifications dans le champ pulmonaire droit.

Revu 5 mois après en bon état, poids 12 kgs 400. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 26.

Le T. Maurice, 2 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en juin 1938. C. R. positive. Le contage n'est pas connu.

L'auscultation est normale.

Le poids de 11 kgs 700. L'état général satisfaisant.

La radiographie montre des calcifications hilaires bilatérales.

Est envoyé en convalescence à Brévannes, *en sort 5 mois après en bon état. Poids 12 kgs 350.*

OBSERVATION 27.

R. Solange, 2 ans 1/2. Coqueluche bénigne en septembre 1938. C. R. fortement positive, a été contaminée par un ami de la famille.

L'auscultation est normale.

L'état général est bon, le poids de 12 kgs 300.

La radiographie montre un hile droit chargé.

Revue 10 mois après en bon état, a eu la rougeole en mars 1939, sans complications. Poids 13 kgs 400.

OBSERVATION 28.

A. Claude, 2 ans 1/2. Coqueluche compliquée de bronchopneumonie en mars 1938. C. R. positive, a été en contact avec son père tuberculeux pulmonaire.

A l'entrée présente un foyer aigu à la base gauche, avec température à 39° ; défervescence au bout de 8 jours.

La radiographie montre un hile droit chargé.

L'état général est médiocre, le poids de 10 kgs 200.

6 mois après, l'enfant, au Préventorium de Chevrières, était en bon état. Poids 11 kgs 800. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 29.

L. Monique, 2 ans 1/2. Très forte coqueluche en février 1938. C. R. positive, a été en contact 1 an 1/2 avec sa mère qui est morte en novembre 1937 de tuberculose pulmonaire.

L'auscultation révèle des râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires.

Il existe une anorexie importante, et des vomissements fréquents. L'enfant perd 3 kgs pendant le premier mois de son séjour à l'hôpital.

La radiographie montre de grosses calcifications au niveau du hile droit. Il existe, sur les deux premières radiographies, une diminution de transparence de la base gauche, qui s'efface sur les radiographies ultérieures.

L'enfant reste trois mois à l'Hôpital Claude-Bernard. L'état général s'améliore avec reprise de 2 kgs.

Va en convalescence à Brévannes, puis au Préventorium de Proisy dont nous avons eu, en juin 1939, les renseignements suivants : *grosse amélioration de l'état général ; poids 12 kgs 400 ; température normale ; radiographie : calcifications au niveau du hile droit.*

OBSERVATION 30.

H. Jeanne, 2 ans et 3 mois. Coqueluche bénigne en juin 1938. C. R. fortement positive, a été en contact avec son père tuberculeux pulmonaire.

Auscultation normale.

L'enfant est hypotrophique, pèse 8 kgs 900, et présente des déformations rachitiques.

La radiographie montre des hiles légèrement chargés.

Est envoyée à Brévannes, où *l'état général s'améliore légèrement. 6 mois après, poids 9 kgs 700, aucune évolution pulmonaire.*

OBSERVATION 31.

A. Claude, 2 ans et 3 mois. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1938. C. R. positive depuis octobre 1937, a été en contact 4 mois avec son père tuberculeux pulmonaire.

A eu la rougeole et la varicelle, sans complications, en décembre 1937.

L'état général est médiocre ; l'enfant est pâle, ne marche pas, pèse 10 kgs 500.

La C. R. négative au début de la coqueluche, est à nouveau positive au bout de 10 jours.

La radiographie montre une hilite droite.

A la sortie, l'état général est meilleur, le poids de 10 kgs 900.

Un an après, on nous a communiqué les renseignements suivants du Préventorium de Proisy : *assez bon état général, poids 11 kgs 700, radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 32.

R. Jacques, 2 ans et 4 mois. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1939, C. R. positive, a été en contact avec sa mère actuellement atteinte de tuberculose pulmonaire ayant débuté il y a 3 mois.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 16 kgs 700.

Radiographie : hile droit élargi et étalé, quelques tra-
vées fibreuses en partent en éventail.

Fait une bronchite aiguë fébrile.

Sort en bon état. Poids 16 kgs 200.

Revu 16 mois après en bonne santé; poids 17 kgs 400. Radiographie sans modifications. A eu la rougeole en janvier 1940, sans complications.

OBSERVATION 33.

L. Paulette, 2 ans 1/2. Coqueluche bénigne en juillet 1939. C. R. fortement positive, a été en contact avec son père tuberculeux pulmonaire bacillifère depuis un an.

Etat général médiocre; grosse hypotrophie. Poids 10 kgs 200.

Auscultation normale.

Radiographie : hile droit élargi et étalé.

Est envoyé au Préventorium de Chevières. *En sort 1 an 1/2 après en bon état. Poids 12 kgs 400. Radiographie non modifiée.*

4° — ENTRE 3 ET 4 ANS, NOUS AVONS OBSERVÉ 16 CAS.

OBSERVATION 34.

B. Françoise, 3 ans 1/2. Coqueluche assez forte en avril 1937. C. R. positive, a été en contact avec sa mère atteinte de bronchite suspecte.

L'examen pulmonaire est négatif.

Etat général assez médiocre : l'enfant est pâle, ma-lingre, pèse 10 kgs 100. Il existe une polymicroadéno-pathie.

Est envoyée en convalescence à Brévannes.

Présente, 5 mois après sa coqueluche, une scissurite droite avec élévation thermique oscillant entre 38° et 38°5 pendant 15 jours. La radiographie montre une large bande scissurale droite. Amaigrissement de 800 grs. Pas de B. K. dans le lavage gastrique ni dans les selles.

Cette scissurite régresse rapidement, l'état général s'améliore ; le poids est de 11 kgs 200. 4 mois après la radiographie ne montre plus qu'une ligne de scissurite droite.

OBSERVATION 35.

B. Thérèse, 3 ans 1/2. Envoyée à Brévannes en juin 1936 pour C. R. positive, le contagage n'est pas connu.

L'auscultation est normale.

La radiographie montre une image ganglio pulmonaire au niveau du hile droit.

Contracte une coqueluche bénigne 4 mois après son entrée.

L'état général est bon. Le poids de 15 kgs 200. Il n'y a pas de B. K. dans le liquide gastrique.

Séjourne à Brévannes pendant 13 mois. *En sort en très bon état. Poids 16 kgs 400. La radiographie montre un hile droit un peu élargi.*

OBSERVATION 36.

L. Denise, 3 ans. Forte coqueluche fébrile en septembre 1938. La C. R. est fortement positive, l'enfant a fait sa primo infection en juillet 1938.

L'auscultation est normale.

L'état général est médiocre. Le poids de 10 kgs. L'enfant présente une conjonctivite phlycténulaire.

La radiographie montre des hiles très chargés et quelques arborisations inter-cléïdo-hilaires droites.

L'enfant fait un séjour de 6 mois à Brévannes, *en sort en excellent état. Poids 12 kgs 500. La radiographie n'est pas modifiée.*

OBSERVATION 37.

S. Huguette, 3 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en août 1937. La C. R. est positive.

L'auscultation est normale.

L'état général très bon. Le poids de 16 kgs 400.

La radiographie est normale.

Est envoyée à Brévannes, *y fait un séjour de 4 mois. Sort en excellent état.*

OBSERVATION 38.

G. Marcel, 3 ans 1/2. Coqueluche bénigne en octobre 1938. C. R. fortement positive.

L'examen pulmonaire est normal.

L'état général est assez bon malgré quelques signes de rachitisme. Le poids est de 14 kgs.

La radiographie est normale.

L'enfant fait un séjour de 5 mois à Brévannes. *En sort en bon état. Poids 15 kgs 200. La radiographie n'est pas modifiée.*

OBSERVATION 39.

G. Monique, 3 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en juillet 1938. C. R. positive.

Examen pulmonaire normal.

L'état général est médiocre. L'enfant est pâle, maigre, pèse 11 kgs 300, présente quelques ganglions.

La radiographie est normale.

Fait un séjour de 5 mois à Brévannes. *A la sortie, bon état, poids 12 kgs. Radiographie normale.*

OBSERVATION 40.

B. Georges, 3 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en août 1938. C. R. fortement positive.

L'auscultation est normale.

La radiographie montre un élargissement discret des deux hiles.

L'état général est bon. Le poids de 12 kgs.

Fait un séjour de 4 mois à Brévannes. *En sort en très bon état. Poids 12 kgs 900. Pas de modifications radiologiques.*

OBSERVATION 41.

L. Claude, 3 ans. Coqueluche grave en août 1938. A présenté, 15 jours après sa coqueluche une diphtérie bénigne ; un mois et demi après, une rougeole d'intensité moyenne. En outre, otite droite avec réaction mastoïdienne. C. R. positive.

Pendant la coqueluche, l'auscultation montre des râles de bronchite dans les deux champs pulmonaires.

La radiographie montre des hiles légèrement élargis.

L'état général est médiocre, le poids de 13 kgs 500. Il existe quelques déformations rachitiques et de nombreuses adénopathies.

Après un séjour de 4 mois à l'hôpital, est envoyé à la campagne. 6 mois après, bon état, poids 14 kgs 800, même image radiologique.

OBSERVATION 42.

D. Lucienne, 4 ans 1/2. Coqueluche bénigne en juillet 1938. C. R. fortement positive.

L'auscultation est normale.

L'état général est bon, le poids de 11 kgs 700.

La radiographie est normale.

Envoyée en convalescence à Brévannes, contracte une rougeole 15 jours après son entrée, qui évolue sans complications.

Sort 4 mois après en bon état. Aucune modification radiologique. Poids 12 kgs 800.

OBSERVATION 43.

T. Frady, 3 ans. Forte coqueluche en septembre 1938
C. R. fortement positive.

L'état général est médiocre, il existe quelques déformations rachitiques (chapelet costal, bourrelets épiphysaires). Le poids est de 12 kgs 800.

Auscultation normale.

La radiographie est normale.

Envoyée à Brévannes, *en sort 6 mois après sans évolution pulmonaire.*

OBSERVATION 44.

C. Henri, 3 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1937. C. R. positive.

Auscultation normale.

L'état général est bon. Le poids de 12 kgs.

La radiographie montre des hiles un peu chargés.

6 mois après, bon état général. Poids 12 kgs 800. Pas de modifications radiologiques.

OBSERVATION 45.

H. Denise, 3 ans 1/3. Forte coqueluche accompagnée d'expectoration purulente en juillet 1937. C. R. positive.

A l'auscultation quelques râles ronflants et sibilants disséminés.

L'état général est bon, le poids de 13 kgs.

La radiographie montre quelques calcifications hilaires.

Un gros amaigrissement (1 kg. 500) est constaté pendant la coqueluche, expliqué par les vomissements fréquents pendant les quintes.

7 mois après est en bon état. Reprise de poids importante. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 46.

C. Lionel, 3 ans. Coqueluche d'intensité moyenne, légèrement fébrile, en mars 1938. C. R. positive.

L'auscultation est normale.

L'état général assez bon. Le poids de 11 kgs 200.

La radiographie montre quelques calcifications au niveau du hile droit.

4 mois après, est en bon état.

OBSERVATION 47.

A. Germaine, 3 ans 1/2. Coqueluche bénigne en mars 1938, compliquée d'otite droite. C. R. positive depuis 8 mois.

L'auscultation est normale.

L'état général est assez bon. Le poids de 11 kgs 350.

La radiographie montre des hiles un peu chargés.

Un an après, est en très bon état ; a eu la rougeole en décembre 1938 sans complications. Poids 12 kgs 700. Radiographie comparable à celle faite pendant la coqueluche.

OBSERVATION 48.

P. Marcelle, 3 ans 1/2. Forte coqueluche en mai 1939, fébrile. C. R. fortement positive. Une sœur morte de granulie à la suite d'une rougeole.

Auscultation : râles de bronchite disséminés.

Grosse hypotrophie ; poids 10 kgs 200.

Radiographie : les deux hiles sont élargis.

Envoyée à Brévannes, en sort 1 an après. *Etat général très amélioré, poids 12 kgs 100. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 49.

G. Solange, 3 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1939. C. R. positive.

Auscultation normale.

Etat général médiocre. Poids 11 kgs 300.

Radiographie : séquelles de complexe primaire au niveau du hile droit.

Est envoyée à Brévannes. *En sort 1 an après. Poids 13 kgs. Radiographie sans changement.*

5° — ENTRE 4 ET 5 ANS, NOUS AVONS OBSERVÉ 28 CAS

OBSERVATION 50.

B. Germaine, 4 ans 1/2. Coqueluche bénigne en mars 1938. C. R. positive.

L'auscultation est normale.

Le poids est de 16 kgs 500. L'état général bon.

La radiographie montre une trame pulmonaire légèrement accentuée.

Est envoyée en convalescence à Brévannes. *Y reste 6 mois ; à sa sortie, bon état général. Radiographie normale.*

OBSERVATION 51.

G. Colette, 4 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1937. C. R. positive.

A l'auscultation, quelques râles ronflants et sibilants dans les deux champs pulmonaires.

L'état général est bon, le poids est de 12 kgs 500.

La radiographie est normale.

Est envoyée en convalescence à Brévannes, *en sort 6 mois après sa coqueluche en bon état. Poids 12 kgs 950. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 52.

M. Jeannine, 4 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1937. C. R. positive.

L'auscultation est normale.

L'état général est assez bon. Le poids de 13 kgs 400.

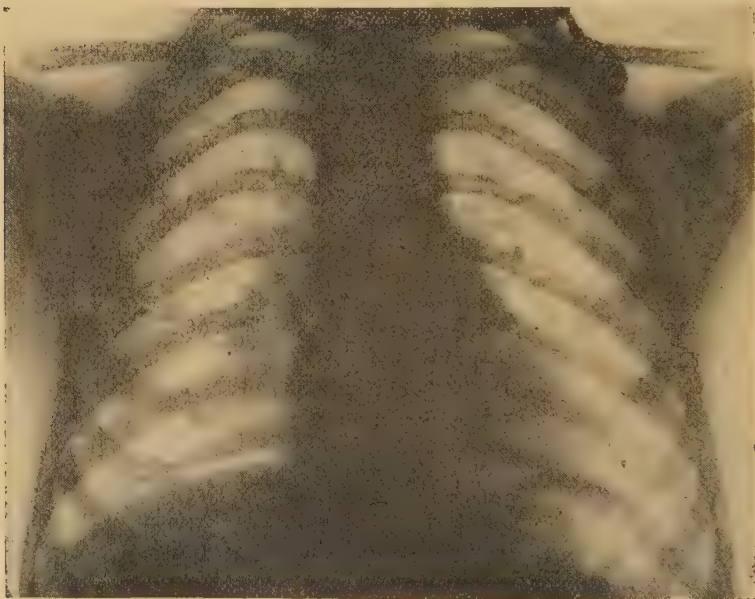
La radiographie est normale.

Va en convalescence à Brévannes, *en sort 5 mois après en bon état. Poids 14 kgs 400. Radiographie normale.*

OBSERVATION 53.

F. Pierrette, 4 ans. Entre le 22 décembre 1940 pour coqueluche. A eu la *rougeole* 15 jours avant son entrée. C. R. positive, a été en contact avec une voisine, l'été précédent, atteinte de tuberculose pulmonaire.

A l'entrée, l'état général est bon, cependant, léger amaigrissement, température instable avec crochets à 39° ; quelques râles sous-crépitants à la base droite.

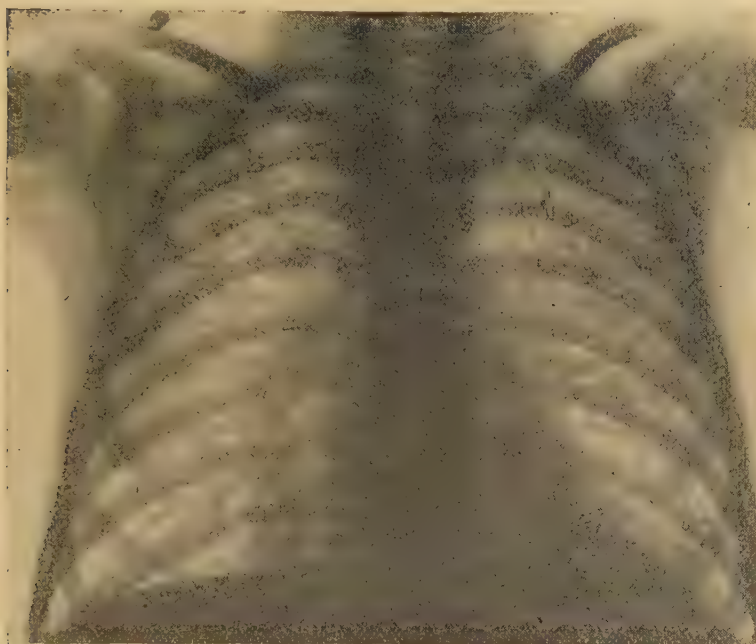


RADIOGRAPHIE 1. 29-12-40. — Obs. 53. — F. Pierrette, 4 ans
Rougeole et coqueluche à 15 jours d'intervalle. C. R. +. Séquelles
d'image ganglio-pulmonaire au niveau du hile droit.

Les jours suivants les signes d'auscultation persistent, mais la température revient à la normale.

Le 29 décembre, la température remonte, on trouve à la partie moyenne du poumon droit un foyer de râles sous-crépitants. La *radiographie est normale*.

Les jours suivants, la température se maintient à 39°, la dyspnée est légère. L'auscultation montre de nombreux râles sous-crépitants et des râles humides aux deux bases. Une radiographie faite le 8 janvier montre *un ensemenement nodulaire bilatéral*.



RADIOGRAPHIE 2. 8-11-41. — Obs. 53. — F. Pierreite, 4 ans. Ensemenement micro-nodulaire bilatéral, d'apparition extrêmement rapide.

Ces signes se maintiennent pendant 15 jours, deux C. R. pratiquées à nouveau se montrent négatives. Des *signes méningés* font leur apparition le 18 janvier, mais la

ponction lombaire montre un liquide clair, avec une légère réaction albumino-lymphocytaire, mais pas de B. K. Meurt le 21 janvier en hyperthermie.

Autopsie : Les deux poumons sont infiltrés de petits tubercules remplis de caséum de la taille d'une lentille. A la coupe, on retrouve l'aspect extérieur, petits tubercules très nombreux, sans foyer pneumonique, sans caverne.

Foie — très gros, 650 grs dégénérescence graisseuse.

Rate — infiltration de petits nodules pleins de caséum.

Reins — semblent normaux, assez rouges à la coupe.

Médiastin — énorme ganglion de la grosseur d'une noix, caséifié ; quelques petits ganglions disséminés.

OBSERVATION 54.

A. Paule, 4 ans 1/2. Coqueluche bénigne en avril 1937.

C. R. fortement positive.

L'examen pulmonaire est normal.

L'état général est bon ; le poids de 13 kgs 200.

La radiographie montre des calcifications hilaires, les sommets sont plus obscurs que le reste du parenchyme.

Envoyée en convalescence à Brévannes, *en sort 6 mois après en très bon état, poids 14 kgs 600. Radiographie pulmonaire identique à la précédente.*

OBSERVATION 55 .

G. Philippe, 4 ans 1/2. Forte coqueluche en février 1937. C. R. positive.

L'auscultation est normale.

L'état général est bon. Il s'agit d'un bel enfant, mais qui présente cependant quelques adénopathies et de nombreuses caries dentaires. Le poids est de 14 kgs 600.

La radiographie montre des hiles un peu élargis. La base gauche est diminuée de transparence, mais le sinus n'est pas comblé.

Après une convalescence de 4 mois à Brévannes, est en bon état, poids 15 kgs. 200.

OBSERVATION 56.

R. Christiane, 4 ans. Forte coqueluche en août 1937.
C. R. positive.

L'auscultation montre une respiration légèrement diminuée à la base gauche.

L'état général est assez bon ; le poids de 12 kgs 400.

La radiographie montre des hiles chargés, une diminution de transparence de la base gauche.

Est envoyée en convalescence à Brévannes. *En sort 5 mois après en bon état.*

OBSERVATION 57.

D. Odette, 4 ans 1/2. Coqueluche bénigne en juillet 1937. C. R. positive.

Auscultation : râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires.

Radiographie normale.

Bon état général. Poids 14 kgs 600.

Fait un séjour de 6 mois à Brévannes. *En sort en bon état. Poids 15 kgs 500.*

OBSERVATION 58.

C. Jeannine, 4 ans. Coqueluche bénigne en avril 1937.
C. R. faiblement positive.

A l'auscultation, râles de bronchites disséminés.

Bon état général, quelques ganglions cervicaux, poids 12 kgs 800.

Radiographie : hiles chargés.

Envoyée à Brévannes en convalescence, *en sort 7 mois après en bon état. Poids 13 kgs. 900, radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 59.

P. Marcelle, 4 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en juillet 1937. C. R. positif.

L'auscultation est normale.

L'état général est bon; le poids de 15 kgs 400.

La radiographie montre des hiles chargés.

Quitte Brévannes, où elle était en convalescence, 7 mois après sa coqueluche, en bon état. Poids 16 kgs 700. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 60.

H. Gisèle, 4 ans. Coqueluche bénigne en juillet 1938.

C. R. positive, a été en contact à l'âge de 2 ans 1/2 pendant 5 mois avec sa mère tuberculeuse pulmonaire.

L'auscultation est normale.

L'état général est bon, il existe de nombreux ganglions cervicaux et axillaires. Le poids est de 15 kgs.

La radiographie est normale.

Fait un séjour de 8 mois à Brévannes, en sort en bon état. Poids 16 kgs 200.

OBSERVATION 61.

V. Jacqueline, 4 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en août 1937. C. R. positive.

A l'auscultation, quelques râles sibilants dans les deux champs pulmonaires.

Bon état général. Poids 16 kgs 200.

Radiographie : hiles un peu chargés.

Est envoyée en convalescence à Brévannes, en sort 4 mois après, radiographie pulmonaire non modifiée. Poids 16 kgs 650.

OBSERVATION 62.

F. Suzanne, 4 ans. Coqueluche bénigne en juillet 1937.

C. R. fortement positive depuis 6 mois. A été en contact avec une tante tuberculeuse qui gardait fréquemment l'enfant.

Auscultation : râles ronflants et sibilants dans les deux champs pulmonaires.

Bon état général. Poids 14 kgs 800.

Radiographie normale.

Va en convalescence à Brévannes, *en sort 5 mois après en bon état. Poids 15 kgs 600.*

OBSERVATION 63.

L. Pierrette, 4 ans. Coqueluche bénigne en avril 1937. C. R. fortement positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 14 kgs 800.

La radiographie montre les deux hiles un peu élargis.

Va à Brévannes en convalescence, *en sort 5 mois après en excellente santé. Poids 15 kgs 400. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 64.

L. Olivier, 4 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en octobre 1937. C. R. positive.

A l'auscultation, souffle expiratoire au sommet droit.

Etat général médiocre. Impetigo, hernie ombilicale. Poids 16 kgs.

Radiographie normale.

Va à Brévannes. *Contracte la scarlatine sans complications 2 mois après sa coqueluche. Quitte Brévannes au bout de 7 mois en bon état. Poids 16 kgs 900.*

OBSERVATION 65.

B. André, 4 ans 1/2. Coqueluche bénigne en janvier 1938. C. R. positive, en contact depuis des mois avec son père tuberculeux pulmonaire (diagnostic posé récemment).

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 15 kgs 800.

Radiographie : hiles élargis, quelques traînées fibreuses à la base droite.

Revu un an après, tousse souvent, l'auscultation révèle

quelques râles de bronchite, il y a des adénopathies cervicales, le poids est de 17 kgs 400. La radiographie montre un hile droit chargé.

OBSERVATION 66.

V. Louis, 4 ans. Coqueluche bénigne sans complications en juillet 1938. C. R. positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 13 kgs.

La radiographie montre des hiles un peu chargés.

Revu 10 mois après. Poids 14 kgs 200. A eu une rougeole non compliquée en février 1939. La radiographie est, pour ainsi dire, normale.

OBSERVATION 67.

W. Yvonne, 4 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne avec expectoration purulente en juin 1938. C. R. positive, a été en contact avec son père mort en septembre 1937 de tuberculose pulmonaire.

Auscultation : quelques râles ronflants et sibilants bilatéraux.

Assez bon état général, polymicroadénopathie. Poids 15 kgs 300.

Radiographie : à droite, calcifications dans la partie moyenne du champ pulmonaire.

Revue 9 mois après, radiographie sans modification. Poids 16 kgs 200.

OBSERVATION 68.

M. Raymond, 4 ans. Coqueluche bénigne avec expectoration purulente en mars 1937. C. R. positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 15 kgs.

Radiographie : calcifications hilaires gauches, traînées fibreuses inter-cléido-hilaires gauches.

Revu 2 ans après. Bon état. Poids 19 kgs 700. Adéno-

pathies cervicales et axillaires. Radiographie : aucune modification depuis 2 ans.

OBSERVATION 69.

R. Renée, 4 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1938 avec expectoration purulente pendant 15 jours. *Les deux premières C. R. sont négatives.* La troisième, faite 20 jours après l'entrée, est positive. Cependant, l'enfant a présenté il y a un an, une pleurésie séro-fibrineuse gauche (soignée aux Enfants-Malades) *avec C. R. fortement positive.*

Auscultation normale.

L'état général est médiocre. Troubles digestifs, diarrhée, anorexie. Poids 14 kgs 500.

Radiographie : sinus costo diaphragmatique gauche comblé. Hile droit un peu élargi.

Est envoyé en convalescence à Brévannes. 6 mois après, *est en bon état. Poids 15 kgs 700. La radiographie n'est pas modifiée. La C. R. est constamment positive.*

OBSERVATION 70.

P. Raymonde, 4 ans. Coqueluche bénigne en janvier 1939. C. R. positive. A été 18 mois en contact avec son père mort de tuberculose pulmonaire en septembre 1938.

Assez bon état général. Poids 13 kgs 600. Fébricule à 38°, 38° 5°.

La radiographie montre des séquelles de complexe primaire au niveau du hile droit ainsi qu'une ligne de scissurite droite. A gauche, quelques calcifications.

Est envoyée à Brévannes. 6 mois après, *assez bon état. Poids 14 kgs 800. La radiographie n'est pas modifiée.*

OBSERVATION 71.

R. Henriette, 4 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en février 1937, a eu la scarlatine un an aupa-

ravant. C. R. positive depuis 11 mois, a été en contact avec son père atteint de tuberculose pulmonaire.

Assez bon état général. Poids 14 kgs 500.

La radiographie montre des hiles chargés.

2 ans après, l'enfant est en bon état. Poids 16 kgs 800.

Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 72.

V. Christiane, 4 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1939. Varicelle 15 jours après. C. R. positive.

Bon état général. Poids 17 kgs. Polymicroadénopathie.

La radiographie est normale.

Est envoyée en convalescence à Brévannes. *En sort 5 mois après en bon état. Poids 17 kgs 800. La radiographie est toujours normale.*

OBSERVATION 73.

L. Nicolas, 4 ans. Coqueluche bénigne en juin 1937. C. R. positive.

Auscultation normale.

Poids 20 kgs.

La radiographie montre une ligne de scissurité droite, le cul-de-sac costo diaphragmatique droit est comblé.

Revu 2 ans après, se développe bien. Travaille bien. Poids 21 kgs 850. La radiographie n'est pas modifiée.

OBSERVATION 74.

F. Hélène, 5 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1938. C. R. fortement positive.

Auscultation normale.

Etat général médiocre. Grosse hypotrophie. Poids 13 kgs, 100.

Radiographie normale.

Est envoyée à Brévannes. *Sort en assez bon état au bout de 4 mois. Poids 14 kgs. 900. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 75.

D. André, 4 ans 1/2. Coqueluche bénigne en juin 1940. C. R. positive, a été en contact trois mois avec son père mort de tuberculose pulmonaire il y a un an.

Auscultation normale.

Assez bon état général. Poids 14 kgs 500.

Radiographie : élargissement des deux hiles.

4 mois après, est en bon état. Poids 15 kgs 600. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 76.

A. Jacques, 4 ans 1/2. Forte coqueluche avec quintes émétisantes en juin 1939. C. R. fortement positive.

Bon état général. Poids 16 kgs 500.

Radiographie : hilité bilatérale.

Est envoyé à Brévannes où il séjourne 4 mois. *A sa sortie bon état général. Poids 17 kgs 300. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 77.

D. Marcel, 4 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1939. C. R. fortement positive, a été en contact avec sa mère atteinte de tuberculose pulmonaire.

Etat général médiocre. Grosse hypotrophie. Poids 13 kgs 300.

La radiographie montre un complexe primaire au niveau du hile droit.

6 mois après, l'état général est encore déficient. Poids 14 kgs. Mais la radiographie n'est pas modifiée.

6° — De 5 A 6 ANS, NOUS AVONS OBSERVÉ 26 CAS

OBSERVATION 78.

B. Yvonne, 5 ans. Coqueluche bénigne en mars 1937. C. R. positive.

Auscultation normale.

Etat général assez bon, quelques déformations rachitiques, nombreuses caries dentaires. Poids 16 kgs 400.

Radiographie normale.

Est envoyée à Brévannes. *En sort 6 mois après en assez bon état. Poids 17 kgs 800. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 79.

S. Georges, 5 ans. Coqueluche bénigne en août 1937. C. R. positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 15 kgs 900.

Radiographie normale.

Reste 4 mois à Brévannes, *en sort en bon état. Poids 17 kgs 300.*

OBSERVATION 80.

B. Jean, 5 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1937, C. R. fortement positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 20 kgs 600. Examen des crachats négatif.

Radiographie : hile droit élargi, quelques traînées fibreuses vers la base droite.

Va en convalescence à Brévannes pendant 4 mois. *En sort en très bon état. Poids 21 kgs 700. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 81.

F. Ginette, 5 ans 1/2. Très forte coqueluche avec quelques clochers thermiques à 38°5° en juin 1937. C. R. positive.

Auscultation : râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires.

Etat général médiocre. Poids 15 kgs 400.

Radiographie : hile droit chargé, hile gauche élargi, légère accentuation de la trame pulmonaire gauche.

Va en convalescence à Brévannes. *En sort 6 mois après en bon état. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 82.

L. André, 5 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en juin 1938. C. R. fortement positive. A été en contact trois mois avec son père atteint de tuberculose pulmonaire.

Auscultation : respiration rude à droite, frottements pleuraux à la base gauche.

Etat général médiocre. Enfant pâle, polymicroadénopathie. Poids 18 kgs 550.

La radiographie montre des ombres hilaires élargies.

Est envoyé en convalescence à Brévannes. Y reste 5 mois ; *à la sortie l'état général est assez bon. Poids 19 kgs 300. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 83.

C. Marie, 5 ans 1/2. Forte coqueluche en juin 1937. *Les deux premières C. R. sont négatives.* La troisième est positive. La primo-infection a eu lieu il y a 6 mois.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 17 kgs 150.

Radiographie : les hiles sont élargis.

Est envoyée à Brévannes. Y séjourne 5 mois. *A la sortie, bon état général, poids 18 kgs 550. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 84.

B. Jeannine, 5 ans 1/2. Coqueluche bénigne en mai 1937. C. R. faiblement positive.

Auscultation : foyer de râles sous-crépitaux à la base gauche.

Radiographie normale.

Bon état général.

Poids 16 kgs.

Est envoyée à Brévannes ; *en sort au bout de 4 mois en bon état. Poids 16 kgs 450. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 85.

S. Marie-Louise, 5 ans. Très grave coqueluche en mai 1937, compliquée de bronchopneumonie, suivie de pleurésie purulente à droite à pneumocoques. C. R. positive.

Auscultation : syndrome pleurétique à la base droite ; à gauche, quelques râles sous-crépitants à la base.

La radiographie montre une obscurité de la base droite. Hiles chargés.

Poids 14 kgs 500.

Est envoyée à Brévannes où elle reste 10 mois. L'état général s'améliore et le poids augmente, malgré un épisode pulmonaire aigu de courte durée en septembre.

Est envoyée à Cannes 10 mois après sa coqueluche. *A ce moment, l'état général est satisfaisant. Poids 16 kgs 800. La radiographie montre une base droite obscure et un sinus comblé.*

OBSERVATION 86.

B. Joseph, 5 ans 1/2. Forte coqueluche en mai 1937, compliquée de bronchopneumonie aiguë. C. R. positive.

Auscultation : normale après la bronchopneumonie.

Radiographie normale.

Assez bon état général. Poids 15 kgs 500.

Reste à Brévannes 5 mois après sa coqueluche. *En sort en bon état. Poids 16 kgs 400.*

OBSERVATION 87.

J. Maurice, 5 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1938. C. R. positive.

Auscultation : râles ronflants et sibilants dans les deux champs pulmonaires.

Radiographie pulmonaire normale.

Bon état général. Poids 17 kgs 500.

Est envoyé en convalescence à Brévannes, *en sort 4 mois après en bon état. Poids 18 kgs 300. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 88.

F. Alexis, 5 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1937. C. R. positive.

Auscultation normale.

L'état général est médiocre, polymicroadénopathie. Poids 16 kgs 400.

Radiographie : séquelles de complexe primaire au niveau du hile droit.

Est envoyé à Brévannes, *en sort 6 mois après en assez bon état. Poids 17 kgs 600. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 89.

F. René, 5 ans. Coqueluche légère en mai 1938. C. R. positive.

Auscultation : râles de bronchite dans les deux champs pulmonaires.

Bon état général. Poids 16 kgs 100.

Radiographie normale.

Est envoyé à Brévannes. Y fait un séjour de 5 mois. Sort en bon état. Poids 17 kgs 400. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 90.

D. Jacques, 5 ans. Coqueluche bénigne 4 mois après son entrée à Brévannes où il était envoyé pour primo infection avec C. R. positive.

A l'auscultation : râles de bronchite dans les deux champs pulmonaires.

Etat général médiocre, adénoïdien, ganglions multiples, poids 19 kgs 400.

La radiographie montre une image ganglio parenchymateuse, juxta trachéale droite.

Fait à Brévannes un séjour de 14 mois. Est envoyé à Chevières. *A sa sortie, grosse amélioration générale et radiologique. Poids 22 kgs 400. La radiographie montre des hiles chargés.*

OBSERVATION 91.

H. Monique, 5 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en juin 1938. C. R. positive. A été en contact avec sa mère morte de tuberculose pulmonaire.

Auscultation normale.

Bon état général. Adénopathies cervicales et sous maxillaires. Poids 17 kgs 500.

Radiographie : hiles chargés, quelques arborisations à droite.

Revue un an après. A eu une rougeole sans complications en décembre 1938. Poids 19 kgs 100. Radiographie : hiles chargés.

OBSERVATION 92.

C. Lydie, 5 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1938. C. R. positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 18 kgs 600.

Radiographie : grosses calcifications hilaires droites, traînées fibreuses inter-cléido-hilaires droites.

Revue 8 mois après en très bon état, poids 19 kgs 200. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 93.

L. Mauricette, 5 ans. Coqueluche d'intensité moyenne non compliquée en avril 1938. C. R. positive, a été en contact avec son père mort de tuberculose pulmonaire en février 1938.

Auscultation normale.

Etat général médiocre. Enfant pâle, fatiguée. Poids 16 kgs.

Radiographie : pendant la coqueluche opacité de la base droite, à limite supérieure horizontale respectant l'extrême base. Hiles élargis.

9 mois après, l'état général était bon, le poids de 17 kgs. Radiographie normale.

OBSERVATION 94.

R. Pierre, 5 ans 1/2. Coqueluche bénigne sans complications en décembre 1937 ; C. R. positive, a été en contact avec ses grands-parents et sa mère atteints de tuberculose pulmonaire.

Auscultation normale.

Bon état général, poids 15 kgs 200.

Radiographie : séquelles de complexe primaire au niveau du hile gauche.

Revu 7 mois après, en bon état. Poids 16 kgs 300. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 95.

L. André, 5 ans. Coqueluche bénigne en janvier 1937. C. R. fortement positive. A été en contact avec sa mère tuberculeuse pulmonaire.

Auscultation normale.

Etat général médiocre. Clochers thermiques à 38,5° assez fréquents. Poids 18 kgs 800.

Radiographie : hile droit élargi avec prolongement inférieur comblant l'angle cardio-hépatique.

Est envoyé en convalescence à Brévannes. 5 mois après est en bon état. Poids 19 kgs 600. Radiographie nettoyée. Il ne reste qu'un hile droit élargi.

OBSERVATION 96.

M. André, 5 ans. Coqueluche bénigne en novembre 1937. C. R. négative les 15 premiers jours de la coqueluche, redevient ensuite positive. Nous savons qu'elle était positive depuis 8 mois.

Auscultation normale.

Assez bon état général, malgré une hypotrophie importante. Poids 14 kgs 800.

Radiographie normale.

Un an après est en bon état. Poids 16 kgs 100. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 97.

G. Michelle, 5 ans. Forte coqueluche en avril 1938. *C. R. négative les 15 premiers jours.* Redevient positive ensuite. Deux *C. R.* pratiquées avant la coqueluche avaient été positives.

Auscultation : râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires.

Radiographie : séquelles de complexe primaire au niveau du hile gauche.

Etat général médiocre, enfant hypotrophique ; poids 15 kgs 400.

14 mois après, l'enfant était en bon état. A eu une rougeole bénigne en janvier 1939. Poids 17 kgs. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 98.

L. Jacques, 5 ans 1/2. Coqueluche bénigne en septembre 1940. *C. R. négative les 15 premiers jours,* positive ensuite. A fait une primo-infection il y a un an.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 16 kgs 100.

Radiographie normale.

6 mois après, bon état. Poids 17 kgs 500. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 99.

Z. Jean, 5 ans. Forte coqueluche en septembre 1940. *A eu la rougeole 3 mois avant. C. R. positive.*

Auscultation : quelques râles ronflants aux deux bases.

Radiographie : les deux hiles sont élargis.

Sort en bon état. A pris 1 kg. 500 pendant sa coqueluche.

5 mois après, est en bon état. Poids 18 kgs 200. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 100.

O. Léone, 5 ans. Forte coqueluche en mars 1938, avec quintes émétisantes. C. R. positive depuis février 1937, a été en contact avec sa mère à ce moment, qui est morte de tuberculose pulmonaire en juin 1937.

L'enfant a fait un séjour d'un an au Préventorium de Grasse.

Auscultation normale.

Etat général assez bon, malgré quelques clochers thermiques. Poids 14 kgs 400.

Radiographie : calcifications hilaires droites anciennes.

6 mois après, l'enfant était en bonne santé. Poids 16 kgs. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 101.

M. Roger, 5 ans 1/2. Forte coqueluche avec quintes émétisantes et expectoration purulente en juin 1939. C. R. positive, a été en contact avec son frère âgé de 9 ans, atteint de tuberculose pulmonaire.

Assez bon état général. Poids 16 kgs 300.

Auscultation : foyer de râles sous-crépitanes à la base droite avec quelques frottements pleuraux.

Radiographie : hile droit élargi, ligne de scissurite droite.

La radiographie lipiodolée montre des bronches de calibre normal.

6 mois après, est en bon état. Poids 17 kgs 200. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 102.

D. Claude, 5 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1939. C. R. positive, a été en contact avec sa mère atteinte de tuberculose pulmonaire bilatérale.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 16 kgs 500.

Radiographie : séquelles de complexe primaire au niveau du hile droit.

1 an après, l'enfant était bien portant. Poids 17 kgs 800. La radiographie n'est pas modifiée.

OBSERVATION 103.

V. Jean, 5 ans. Coqueluche bénigne en mai 1939. C. R. fortement positive.

Auscultation : râles de bronchite aux deux bases.

Radiographie : hile droit un peu élargi.

Bon état général. Poids 16 kgs 200.

5 mois après, est en bon état. Poids 17 kgs 300. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 104.

M. Michelle, 5 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1939. C. R. fortement positive.

Bon état général. Poids 17 kgs 400.

Auscultation normale.

Radiographie : image ganglio parenchymateuse hilare bilatérale.

5 mois après, est en bon état. Poids 18 kgs 200, Radiographie non modifiée.

7° — DE 6 A 7 ANS, NOUS AVONS OBSERVÉ 15 CAS

OBSERVATION 105.

N. Micheline, 6 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1937. C. R. fortement positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 21 kgs 500.

Radiographie normale.

Est envoyée en convalescence à Brévannes. 4 mois après est en bon état. Poids 22 kgs. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 106.

M. Jeannine, 6 ans. Coqueluche bénigne en juin 1937. C. R. négative à l'entrée, redevient positive 15 jours après, a été en contact, il y a deux ans, avec son père et sa mère, tous deux atteints de tuberculose pulmonaire. La C. R. est positive depuis ce moment-là.

Auscultation : respiration rude.

Etat général très médiocre. Enfant maigre et pâle qui crache. Poids 14 kgs 300. L'examen de l'expectoration ne montre pas la présence de B. K.

Radiographie : gros élargissement des deux hiles, arborisations nombreuses dans les deux champs pulmonaires.

Est envoyée en convalescence à Brévannes. *En sort 6 mois après en bon état. Poids 16 kgs 400. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 107.

C. Jean, 6 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1937. C. R. fortement positive, a été en contact avec son père atteint de tuberculose pulmonaire; et sa mère, morte en janvier 1937 de cette même maladie.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 18 kgs 600.

Radiographie : les deux hiles présentent des calcifications.

Fait un séjour de 6 mois à Brévannes. *En sort en excellent état. Poids 19 kgs 500. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 108.

J. Anne-Marie, 6 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en juin 1937. C. R. fortement positive.

Auscultation : respiration rude.

Très bon état général. Poids 22 kgs 500.

Radiographie : séquelles de complexe primaire au niveau du hile droit.

Est envoyée en convalescence à Brévannes. 4 mois après, est en très bon état. Poids 23 kgs. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 109.

V. Nadine, 6 ans 1/2. Coqueluche bénigne en août 1938. C. R. fortement positive.

Auscultation normale.

Etat général très médiocre. Enfant maigre. Poids 14 kgs. Grosses séquelles de rachitisme, (chapelet costal, déformations épiphysaires).

Radiographie normale.

Fait un séjour de 4 mois à Brévannes. *L'état général est meilleur. Poids 15 kgs 200. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 110.

L. Guy, 6 ans. Forte coqueluche en août 1938. C. R. fortement positive.

Auscultation : râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires.

Bon état général. Poids 18 kgs.

Radiographie : les deux hiles sont élargis, légère diminution de transparence de la base droite.

Fait un séjour de 4 mois à Brévannes. *A la sortie, bon état général. Poids 19 kgs 100. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 111.

R. Jacques, 6 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en janvier 1938. C. R. positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 20 kgs.

Radiographie : légère augmentation de volume du hile droit.

Fait un séjour de 5 mois à Brévannes. *En sort en bon état. Poids 20 kgs 900. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 112.

R. Roger, 6 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en février 1938. C. R. faiblement positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 18 kgs.

Radiographie : séquelles de complexe primaire au niveau du hile droit.

Est envoyé en convalescence à Brévannes. *Au bout de 4 mois en sort en bon état. Poids 19 kgs 300. Pas de modifications radiologiques.*

OBSERVATION 113.

M. Robert, 6 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en juin 1937. C. R. très fortement positive.

Auscultation : râles de bronchite disséminés.

Etat général médiocre. Température instable, enfant pâle et maigre. Poids 16 kgs 400. Adénopathies cervicales.

Radiographie : à droite, opacité le long du bord droit de la trachée ; à gauche, diminution de transparence de la base.

Fait un séjour de 5 mois à Brévannes. *A la sortie, l'état général est meilleur. Poids 16 kgs 700. Radiographie : disparition de l'image de la base gauche.*

OBSERVATION 114.

B. Marcelle, 6 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1937. C. R. positive.

Auscultation : respiration rude aux deux bases.

Bon état général. Poids 18 kgs 200.

Radiographie normale.

Fait un séjour de 5 mois à Brévannes. *En sort en bon état. Poids 19 kgs 600. Radiographie normale.*

OBSERVATION 115.

M. Roland, 6 ans. Entre à Brévannes en mai 1936 pour primo-infection tuberculeuse. C. R. positive.

Radiographie : image ganglio-pulmonaire hilare bilatérale à prédominance droite.

Assez bon état général. Poids 16 kgs 600.

La recherche de B. K. est négative dans le liquide gastrique et dans les selles.

Contracte une coqueluche d'intensité moyenne 3 mois après son entrée.

La radiographie ne subit pas de modifications.

Fait un séjour de 14 mois à Brévannes. *A sa sortie, bon état général. Poids 19 kgs 600. La radiographie montre une augmentation de volume des deux hiles.*

OBSERVATION 116.

S. Jean, 6 ans. Coqueluche bénigne en février 1938.

C. R. positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 18 kgs 700.

Radiographie : ombre latéro-trachéale gauche.

14 mois après, l'enfant était en bon état. Poids 20 kgs 400. Disparition de l'image précédemment décrite sur la radiographie.

OBSERVATION 117.

J. Jacqueline, 6 ans. Coqueluche d'intensité moyenne sans complications en février 1938. C. R. positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 21 kgs.

Radiographie : nodules calcifiés à droite dans la partie supérieure du hile.

11 mois après, l'enfant est en bonne santé. Poids 22 kgs 300. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 118.

R. Colette, 6 ans 1/2. Forte coqueluche compliquée d'otite double en mars 1938. C. R. positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 19 kgs.

Radiographie normale.

A eu la rougeole 7 mois après sans complications.

13 mois après sa coqueluche, est en bonne santé. Poids 20 kgs 600. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 119.

T. Lucienne, 6 ans. Forte coqueluche avec expectoration purulente et compliquée d'otite double en septembre 1938. C. R. positive depuis janvier 1938, a été en contact avec son père tuberculeux pulmonaire.

Auscultation : respiration diminuée à la base droite.

Assez bon état général. Poids 16 kgs 200.

Radiographie : diaphragme droit festonné, hiles un peu élargis.

Va en convalescence à Brévannes. *6 mois après, est en bon état. Poids 17 kgs 400. Radiographie non modifiée.*

8° — DE 7 A 8 ANS, NOUS AVONS OBSERVÉ 11 CAS

OBSERVATION 120.

G. Lucette, 7 ans. Coqueluche d'intensité moyenne compliquée d'otite gauche en novembre 1938. C. R. positive.

Auscultation normale.

Etat général médiocre. Adénopathies généralisées, grosse hypotrophie. Poids 17 kgs 300. L'enfant est hérédosyphilitique, (B. W. positif).

Radiographie : hile gauche augmenté de volume. Augmentation de la trame pulmonaire à gauche.

Fait à Brévannes un séjour de 6 mois, *l'état général reste médiocre, l'augmentation de poids est faible, (700 grs). Mais la radiographie n'est pas modifiée.*

OBSERVATION 121.

B. Pierre, 7 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1937. C. R. faiblement positive.

Auscultation normale.

Etat général médiocre. Enfant maigre, poids 17 kgs 300. Nombreuses caries dentaires.

Fait un séjour de 6 mois à Brévannes. *A la sortie, l'état général est meilleur, le poids est de 18 kgs 100. La radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 122.

P. André, 7 ans. Coqueluche bénigne en mars 1938. C. R. positive.

Auscultation normale.

Etat général médiocre. Enfant très maigre, poids 16 kgs 600.

Radiographie normale.

Fait un séjour de 5 mois à Brévannes. *A la sortie, on constate une grosse amélioration de l'état général. Poids 17 kgs. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 123.

G. Robert, 7 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en octobre 1937. C. R. faiblement positive.

Auscultation normale.

Très bon état général. Poids 23 kgs 300.

Radiographie : hiles très légèrement élargis.

Passe 7 mois à Brévannes, *en sort en bon état. Poids 24 kgs. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 124.

B. Gisèle, 7 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en mars 1938. C. R. faiblement positive.

Auscultation : râles de bronchite dans les deux champs pulmonaires.

Bon état général. Poids 22 kgs 500.

Radiographie : hiles un peu élargis.

Fait un séjour de 4 mois à Brévannes. *A la sortie, très bon état. Poids 23 kgs 400. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 125.

L. Georges, 7 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1937. C. R. positive.

Auscultation normale.

Etat général médiocre. Poids 18 kgs 500. Nombreuses caries dentaires.

Radiographie normale.

Fait un séjour de 4 mois à Brévannes. *A la sortie, l'état général est meilleur. Poids 19 kgs 400. Radiographie normale.*

OBSERVATION 126.

B. Madeleine, 7 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1937. C. R. fortement positive.

Auscultation : râles de bronchite dans les deux champs pulmonaires.

Bon état général. Poids 21 kgs 300.

Radiographie : séquelles de complexe primaire au niveau du hile gauche.

Est envoyée en convalescence à Brévannes pendant 4 mois. *En sort en bon état. Poids 22 kgs. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 127.

F. Catherine, 7 ans. Grave coqueluche en mars 1938, compliquée d'expectoration purulente. C. R. négative pendant 1 mois, redevient alors positive. A été en contact avec son père atteint de tuberculose pulmonaire, a une C. R. positive depuis octobre 1937.

Auscultation : quelques râles sous-crépitaux aux deux bases.

L'état général est bon. Le poids de 19 kgs 900.

L'expectoration ne contient pas de B. K.

La radiographie montre de petites calcifications au niveau des deux hiles.

14 mois après, l'enfant était en bon état. Poids 22 kgs 500. Radiographie non modifiée.

OBSERVATION 128.

T. Gisèle, 7 ans 1/2. Coqueluche bénigne en avril 1938. C. R. positive. A été en contact avec sa mère tuberculeuse pulmonaire, (l'enfant a eu du B. C. G. à la naissance).

Auscultation normale.

Etat général médiocre. Enfant hypotrophique, poids 17 kgs 700.

Radiographie : hile droit un peu élargi.

1 an après, l'enfant était bien portante, l'état général meilleur, le poids de 19 kgs 500, la radiographie non modifiée.

OBSERVATION 129.

B. Jacques, 7 ans. Coqueluche bénigne en janvier 1938. C. R. positive. A été en contact pendant 4 mois, avec son père atteint de tuberculose pulmonaire.

Auscultation normale.

Etat général assez bon. Poids 18 kgs. Prend 1 kg. 300 pendant sa coqueluche.

Radiographie : hiles chargés surtout à gauche.

Revu un an après, assez bon état mais tousse souvent. Adénopathies cervicales. Poids 21 kgs 100. Radiographie sans modifications.

OBSERVATION 130.

G. Jeannine, 7 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en août 1938. C. R. positive. A été en contact avec une tante atteinte de tuberculose pulmonaire.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 21 kgs.

Radiographie : hiles élargis, légère tramite à droite.

Est envoyée en convalescence à Brévannes, *en sort 4 mois après en bon état. Poids 22 kgs. Radiographie non modifiée.*

9° — DE 8 A 9 ANS, NOUS AVONS OBSERVÉ 9 CAS

OBSERVATION 131.

L. Eliane, 8 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en mars 1938. C. R. positif.

Auscultation normale.

Etat général très médiocre. Enfant extrêmement maigre et pâle. Poids 20 kgs 500.

Radiographie : hile droit élargi, légère obscurité de la base gauche.

Fait à Brévannes un séjour de 5 mois. *A la sortie, l'état général est meilleur, le poids de 22 kgs. La radiographie montre une régression de l'obscurité de la base gauche.*

OBSERVATION 132.

W. Louis, 8 ans. Coqueluche bénigne en juin 1937. C. R. positif.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 24 kgs.

Radiographie normale.

Fait un séjour de 5 mois à Brévannes, *en sort en bon état. Poids 25 kgs. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 133.

G. Yvette, 8 ans. Forte coqueluche en avril 1937. C. R. très fortement positif.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 24 kgs 200.

Radiographie : les deux hiles sont élargis.

Fait un séjour de 4 mois à Brévannes, *en sort en bon état. Poids 25 kgs. Radiographie sans changement.*

OBSERVATION 134.

V. Richard, 8 ans 1/2. Forte coqueluche en janvier 1938. C. R. positive.

Auscultation : quelques râles de bronchite dans les deux champs pulmonaires.

Bon état général, rhino-pharyngite chronique. Incisives inférieures crénelées. Poids 27 kgs 400.

Radiographie normale.

Fait un séjour de 4 mois à Brévannes, *en sort en bon état, poids 28 kgs, radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 135.

H. Andrée, 8 ans. Forte coqueluche en mai 1937. C. R. fortement positive.

Auscultation : à la base droite diminution du murmure vésiculaire, frottements pleuraux à la base gauche.

Etat général médiocre, enfant pâle et maigre, poids 21 kgs 800.

Radiographie : diminution de transparence des deux bases.

Fait à Brévannes un séjour de 6 mois ; *à la sortie état général meilleur. Poids 23 kgs. Radiographie normale.*

OBSERVATION 136.

C. Anna, 8 ans. Coqueluche bénigne en avril 1938. C. R. positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 21 kgs 200.

Radiographie : petites calcifications au niveau du hile droit.

Revue un an après, en bon état. Poids 23 kgs. Radiographie sans changement.

OBSERVATION 137.

B. Fernand, 9 ans. Coqueluche bénigne en mai 1940.
C. R. positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 25 kgs 100.

Radiographie : image ganglio-pulmonaire hilare bilatérale avec grosses calcifications, traînées fibreuses irradiant vers la base et la clavicule.

Fait un séjour de 5 mois à Brévannes. *En sort en bon état. Poids 26 kgs. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 138.

S. Gérard, 8 ans. Forte coqueluche en mai 1939, les quintes sont nombreuses, intenses, parfois suffocantes, s'accompagnant d'expectoration purulente.

La C. R. est positive depuis un an, l'enfant a été en contact plusieurs mois avec sa mère tuberculeuse pulmonaire.

L'état général est assez bon. Poids 23 kgs 500.

A l'auscultation : râles ronflants et sibilants disséminés dans les deux champs pulmonaires.

La radiographie montre un élargissement du hile droit avec calcifications, et une ombre latéro trachéale droite homogène.

Une radiographie après lipiodol ne montre pas de dilatation des bronches.

A la sortie, bon état général. A pris 500 grs pendant la coqueluche.

Après un séjour de 5 mois à Brévannes, *est en bon état. Poids 25 kgs. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 139.

Li Y. Liliane, 8 ans 1/2. Forte coqueluche avec quintes émétisantes en juin 1939. C. R. fortement positive. A été en contact plusieurs mois avec son père et sa mère tous deux morts de tuberculose pulmonaire.

L'état général est bon. Poids 32 kgs 500.

L'auscultation est normale.

La radiographie montre quelques calcifications hilaires droites.

Fait un séjour de un an et demi à Brévannes, *en sort en très bon état. Poids 34 kgs 700. Radiographie non modifiée.*

10° — ENTRE 9 ET 10 ANS, NOUS AVONS OBSERVÉ 3 CAS

OBSERVATION 140.

D. Marcel, 9 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1937. C. R. positive.

Auscultation normale.

Etat général médiocre. Enfant très maigre. Poids 19 kgs 700.

Radiographie normale.

Fait un séjour de 5 mois à Brévannes, *l'état général est toujours médiocre. Poids 21 kgs 100. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 141.

G. Christian, 9 ans. Forte coqueluche avec quintes émetisantes en décembre 1937. C. R. positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 28 kgs 400.

Radiographie : hiles élargis, trainées fibreuses inter-cléido-hilaires gauches.

Fait un séjour de 5 mois à Brévannes. *A la sortie, excellent état général. Poids 29 kgs 500. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 142.

H. Roland, 9 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1937. C. R. positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 27 kgs 600.

Radiographie normale.

Fait un séjour de 4 mois à Brévannes, *en sort en bon état. Poids 29 kgs. Radiographie non modifiée.*

11° — DE 11 A 12 ANS, NOUS AVONS OBSERVÉ 4 CAS

OBSERVATION 143.

H. Renée, 11 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1937. C. R. faiblement positive.

Auscultation : râles de bronchite aux deux bases.

Etat général médiocre. Enfant pâle, polymicroadéno-pathie. Nombreuses caries dentaires. Poids 26 kgs 100.

Radiographie normale.

Fait un séjour de 4 mois à Brévannes ; *à la sortie état général meilleur. Poids 27 kgs 500. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 144.

L. Céline, 11 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1938. C. R. fortement positive.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 34 kgs 700. Enfant épileptique (crise tous les mois environ).

Radiographie : hiles chargés.

Fait un séjour de 4 mois à Brévannes. *A la sortie, bon état général. Poids 35 kgs 500. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 145.

G. Ginette, 12 ans. Coqueluche bénigne en avril 1937. C. R. positive.

Auscultation : râles ronflants et sibilants dans les champs pulmonaires.

Bon état général. Poids 32 kgs 400.

Radiographie normale.

Fait un séjour de 6 mois à Brévannes. *A la sortie, bon état général. Poids 34 kgs. Radiographie non modifiée.*

OBSERVATION 146.

P. Rolande, 12 ans. Coqueluche bénigne en janvier 1939. C. R. positive. A été en contact avec son père mort de tuberculose pulmonaire en septembre 1938.

A eu à 6 ans une coxalgie droite, qui a laissé une destruction complète de la tête fémorale. Le col chirurgical du fémur est soudé à la cavité cotyloïde. Raccourcissement du membre de 10 cms.

Auscultation : quelques râles sous-crépitaux à la base gauche.

Bon état général. Poids 33 kgs.

Radiographie : hiles chargés, calcifications bilatérales.

Fait un séjour de 6 mois à Brévannes. *En sort en bon état. Poids 34 kgs 600. Radiographie non modifiée.*

12° — A 13 ANS, NOUS AVONS OBSERVÉ 1 CAS

OBSERVATION 147.

C. Edmond, 13 ans. Coqueluche bénigne en mai 1937. C. R. positive.

Auscultation normale.

Assez bon état général. Poids 32 kgs.

Radiographie : hile droit légèrement élargi.

Fait un séjour de 4 mois à Brévannes. *A la sortie, radiographie sans modifications. Poids 33 kgs 200.*

L'analyse des observations de ces 147 enfants dont la tuberculose pulmonaire n'était révélée que par une cuti-réaction positive appelle quelques remarques :

Tout d'abord, nous n'avons enregistré que deux fois un réveil de la tuberculose antérieure, dans le premier cas cinq mois, (observation 34), dans le deuxième cas un mois (observation 53) après la coqueluche, et pour le premier cas le long intervalle ne permet peut-être pas d'affirmer l'influence de la coqueluche.

En effet, dans l'observation 34, c'est seulement cinq mois après la coqueluche que l'amaigrissement, l'élévation de la température aux environs de 38°5, la toux sèche attirent l'attention. La radiographie montre une large bande au niveau de la scissure inter-lobaire droite. En 15 jours, les signes généraux s'amendent, l'amélioration radiologique suit parallèlement. Cinq mois après, on ne constate plus qu'une ligne de scissurite droite, l'état général est excellent, l'enfant a pris 2 kgs ; cette amélioration s'est maintenue pendant un an, moment auquel nous avons perdu l'enfant de vue.

Dans l'observation 53, trois semaines après le début d'une coqueluche, survenue elle-même quinze jours après la rougeole, l'enfant a présenté un ensemencement micro-nodulaire bilatéral ; la mort est survenue un mois et demi après le début de la coqueluche. Mais dans ce cas, la précession de la rougeole ne permet pas d'incriminer exclusivement la coqueluche.

Parmi les 145 autres observations, nous n'avons constaté aucun réveil des lésions pulmonaires antérieures ; et cela, malgré dans certains cas, l'appar-

rition de la coqueluche *peu de temps après le début de la primo-infection* ; malgré l'intensité même de la coqueluche ; malgré le mauvais terrain sur lequel, elle est survenu ; malgré l'apparition de complications, et l'association avec d'autres maladies, la rougeole en particulier.

En effet, 16 fois la coqueluche est survenue de façon certaine *très peu de temps après la primo-infection chez des enfants âgés de moins de deux ans*, (5 fois avant un an, observations 1 à 5 ; 11 fois entre un et deux ans, observations 6 à 16). Or, on sait la gravité de la coqueluche et la sévérité de la tuberculose à cet âge, ou la contamination est forcément récente. Le fait que la tuberculose n'ait pas été réveillée par la coqueluche peut s'expliquer à la lecture des films radiologiques : l'image pulmonaire était dans tous ces cas quasi normale, ou ne révélait que des lésions minimales. Comme on le sait, toute primo-infection tuberculeuse du nourrisson n'a pas fatalement une évolution grave. Un enfant, même très jeune, peut avoir, peu de temps après la contamination tuberculeuse, une image radiologique très peu modifiée. C'est donc l'importance de la lésion tuberculeuse plus que la contamination récente, qui règle ici le pronostic.

D'autre part, 11 fois *la coqueluche a été particulièrement intense* (observations 8, 29, 55, 100, 119, 127, 138, 139, 141) ; 25 à 30 quintes par jour entraînant souvent des vomissements, et ayant déterminé un gros amaigrissement de 1 à 3 kgs. Il est vrai que la

convalescence a souvent été, dans ces cas, de longue durée ; dans l'observation 29, elle a demandé un an. Ces 11 enfants se sont malgré tout parfaitement rétablis.

De même, 15 fois la coqueluche est survenue chez des enfants ayant *un très mauvais état général* (observations 4, 10, 30, 34, 38, 43, 48, 49, 88, 106, 109, 120, 122, 140, 143). Tous ces enfants ont été envoyés en convalescence soit à la campagne soit à l'Hospice de Brévannes. Presque toujours, l'état général s'est amélioré de façon satisfaisante à la suite de cette convalescence surveillée.

Par ailleurs, bien souvent, le cours de la coqueluche fut entrecoupé de complications. Nous n'insisterons pas ici sur les otites, qui, à l'hôpital, aggravent si fréquemment la coqueluche du nourrisson ; signalons seulement les *complications pleuro-pulmonaires*. Nous avons observé :

1 cas de pleurésie purulente à pneumocoques, ayant débuté au quinzième jour de la période des quintes, qui a nécessité de nombreuses ponctions, un traitement sulfamidé ; l'enfant est resté 4 mois dans notre service, mais est sorti guéri ; nous l'avons revu en bonne santé 6 mois après, (observation 23).

1 cas de bronchopneumonie aiguë, compliquée de pleurésie purulente droite à pneumocoques (observation 85), qui a été traitée par des ponctions répétées et un traitement sulfamidé et qui a abouti à une guérison complète 10 mois après la coqueluche.

1 cas de bronchopneumonie aiguë au début d'une coqueluche (observation 28) qui a évolué vers la guérison en 10 jours environ.

1 cas de bronchopneumonie aiguë survenant à la cinquième semaine d'une coqueluche d'intensité moyenne et qui a évolué rapidement vers la guérison (observation 86).

A côté de ces complications pulmonaires aiguës, nous avons observé 7 cas de *coqueluche compliquée d'expectoration purulente* (observations 45, 68, 69, 101, 109, 127, 138). 5 fois l'injection de lipiodol intra-bronchique a mis en évidence une augmentation très notable du calibre des bronches. Ces 7 cas ont évolué vers la guérison, l'expectoration purulente s'est tarie dans un délai variant de 15 jours à 3 mois.

Plusieurs fois, nous avons assisté à l'*association ou à la succession rapide de la coqueluche et d'autres maladies infectieuses*, appelées classiquement anergisantes, la *rougeole* en premier lieu ; parmi nos enfants, 6 eurent la rougeole dans un délai s'étendant de 3 mois avant, à 10 mois après, la coqueluche (observations 32, 42, 47, 66, 99, 118) ; nous n'avons relevé aucune aggravation de ce fait. En outre 1 cas de coqueluche s'est déclaré 1 mois après l'évolution d'une scarlatine (observation 55). Dans 1 cas, la varicelle éclata au vingtième jour de la période des quintes (observation 63). Rappelons pour terminer notre observation 41. L'enfant présenta une coqueluche bénigne, suivie au quinzième jour d'une angine diphtérique, un mois et demi après survint une rou-

geole, à ce tableau clinique se surajouta une otite droite avec réaction mastoïdienne. Certes, une grave altération de l'état général fut la conséquence de ce tableau morbide, l'enfant maigrit de 3 kgs 200, cependant, 6 mois après, il avait retrouvé une santé normale et l'image radiologique ne s'était en aucune façon modifiée.

9 fois, nous avons constaté *une anergie à la tuberculine* : la cuti-réaction positive, déjà reconnue comme telle antérieurement à la coqueluche, s'est négativée pendant 10 à 30 jours, redevenant positive soit en pleine période d'état, soit au déclin de la coqueluche. Nous aurons à revenir longuement sur ce fait, mais il nous faut signaler dès maintenant que, chez ces 9 enfants, aucun réveil de la tuberculose antérieure n'a été observé.

Ces quelques constatations nous permettent d'établir la conclusion suivante :

la coqueluche évoluant chez un enfant porteur de lésions tuberculeuses fixées ou cicatricielles ne réveille pas cette tuberculose et ne favorise pas l'écllosion de nouvelles manifestations, même si l'enfant est très jeune, même si la primo-infection est récente, même si la coqueluche est intense et compliquée.

Parmi ces 147 cas, nous n'avons observé qu'un décès par tuberculose évolutive, 1 mois après la coqueluche, — encore la coqueluche avait-elle été précédée quinze jours avant d'une rougeole — et une aggravation dans les 5 mois qui ont suivi, avec guérison ultérieure.

II. — INFLUENCE DE LA COQUELUCHE SUR LA TUBERCULOSE PULMONAIRE EVOLUTIVE

Notre second groupe comprend *les cas de coqueluche ayant évolué chez des enfants porteurs de lésions tuberculeuses manifestes*. Il s'agit, soit d'enfants déjà soignés pour un foyer tuberculeux, (11 cas) et nous avons pu observer ici, avec rigueur, l'influence de la coqueluche intercurrente,

soit — et le plus fréquemment — d'enfants entrés au Pavillon Teissier pour une coqueluche, la tuberculose était ignorée, seul l'examen systématique (cuti-réaction à la tuberculine, radiographie) a permis d'en faire la preuve.

Là encore, la coqueluche va-t-elle évoluer sans aucun dommage pour la tuberculose préexistante ? Nos observations nous ont prouvé la possibilité d'une telle éventualité, mais cependant, la coqueluche peut, parfois, donner un véritable coup de fouet à la tuberculose qui s'aggravera rapidement.

Il semble que, pendant longtemps, la distinction entre les cas de tuberculose latente et de tuberculose évolutive, compliquée de coqueluche n'ait pas été suffisamment nette. Une généralisation trop hâtive explique peut-être les données classiques sur les rapports de la coqueluche et de la tuberculose.

CE SECOND GROUPE COMPREND 53 OBSERVATIONS

Nous les classerons selon la lésion tuberculeuse en

cours, au moment de l'apparition de la coqueluche. La coqueluche s'est manifestée :

1° — 19 fois chez des enfants atteints de *complexe ganglio-pulmonaire* : 4 fois l'évolution mortelle a été observée ; les 15 autres enfants se sont améliorés malgré l'évolution de la coqueluche.

2° — 14 fois chez des enfants présentant des *condensations du type spléno-pneumonique* : l'évolution mortelle n'a été notée qu'une fois.

3° — 19 fois chez des enfants atteints de *tuberculose nodulaire* : 12 fois l'ensemencement nodulaire était limité au moment de la coqueluche, nous n'avons observé qu'un décès, les 11 autres cas se sont améliorés. Par contre, 7 fois l'ensemencement nodulaire était étendu, l'évolution mortelle a été notée dans tous ces cas.

4° — 1 fois chez un enfant atteint d'une *tuberculose ulcéro-caséuse*, la mort est survenue 9 mois après la coqueluche.

1° — OBSERVATIONS DE TUBERCULOSE GANGLIO-PULMONAIRE

Parmi les 19 observations que nous allons rapporter, la tuberculose avait été diagnostiquée antérieurement à la coqueluche dans 4 cas seulement. Il s'est donc agi, le plus souvent, d'une découverte fortuite pendant cette affection. En particulier, dans un cas, c'est l'apparition d'un érythème noueux avec virage de la cuti-réaction au quinzième jour, de la coqueluche qui a révélé la tuberculose.

OBSERVATION 148.

I. Jean, 4 mois. Forte coqueluche avec quintes fortes parfois émétisantes. La température est élevée, oscillante, la respiration est rapide (76), le pouls est à 160.

La C. R. est très fortement positive, l'enfant a été contaminé par son père, soigné actuellement pour tuberculose pulmonaire à l'Hôpital Lariboisière.

L'auscultation est normale.

L'enfant est bien constitué, pèse 6 kgs 030.

La radiographie pulmonaire montre une *image ganglio pulmonaire au niveau du hile gauche*.

Du 14 au 30 avril, la température persiste, cependant il n'existe pas de signes pulmonaires anormaux à l'auscultation, mais la respiration est toujours rapide et irrégulière.

Le foie et la rate sont augmentés de volume.

Il n'existe aucun signe méningé.

Cet état est certainement dû à la bacillose affirmée par la C. R. très positive, bien qu'aucune localisation ne puisse être trouvée.

La courbe de poids s'abaisse régulièrement, malgré un appétit bien conservé et des vomissements peu nombreux.

Le 5 mai, une nouvelle radiographie montre une augmentation de l'image ganglio-pulmonaire.

L'enfant meurt le 9 mai en hyperthermie. Le poids est alors de 5 kgs 500. L'autopsie n'a pas été possible.

OBSERVATION 149.

P. Jean-Pierre, 1 an. Entre en décembre 1938, pour coqueluche ayant débuté il y a quelques jours.

Né à terme, nourri au sein jusqu'à 3 mois, a été bien portant jusqu'en septembre 1938. A ce moment, on découvre chez son père une tuberculose pulmonaire gauche. La C. R. de l'enfant est positive. Cependant, le poids augmenta jusqu'en octobre, depuis il reste stationnaire.

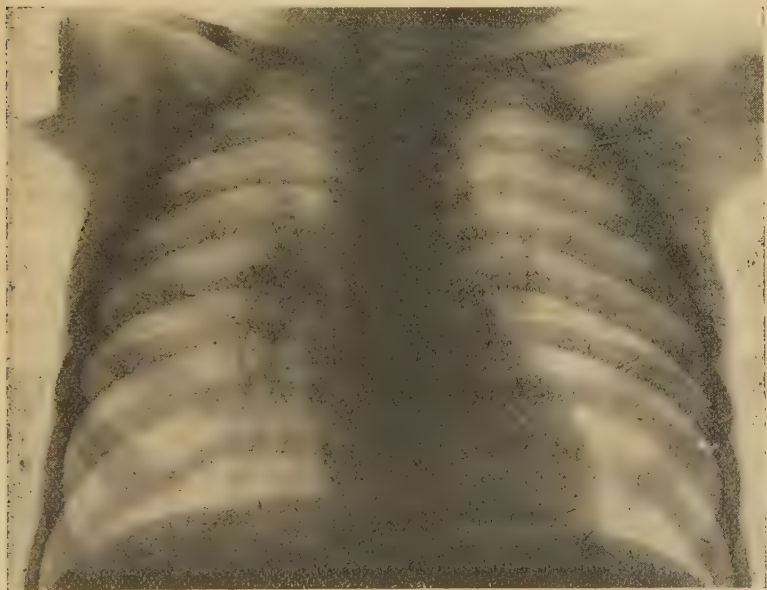
Une deuxième C. R. faite à l'hôpital Hérold en novembre est fortement positive. La radiographie montre un hile gauche élargi, et à droite une *image ganglio-pulmonaire à point de départ hilair*.

Les quintes deviennent nettes quelques jours après l'entrée.

L'état général est médiocre, la température est élevée, le pouls rapide ; diarrhée abondante, poids 8 kgs 600.

L'auscultation révèle des râles de bronchite disséminés.

La radiographie (27-12-38) montre une grosse ombre ganglio-parenchymateuse partant du hile droit et remontant jusqu'à la clavicule, à limites floues ; le hile gauche est élargi.



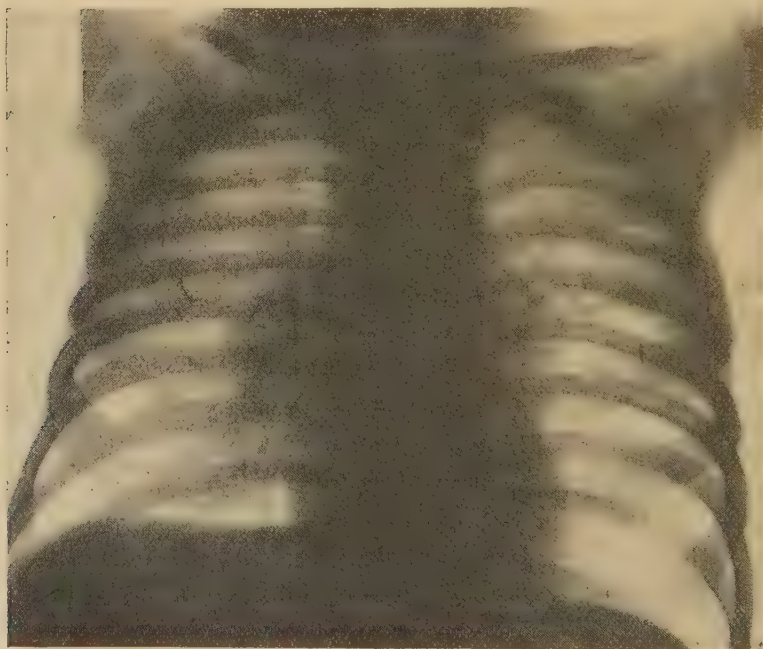
RADIOGRAPHIE 3. 27-12-38. — Obs. 149. — P. Jean-Pierre, 1 an. Coqueluche d'intensité moyenne. C. R. + depuis septembre 1938. Grosse image ganglio-parenchymateuse partant du hile droit et remontant vers la clavicule.

Les signes généraux persistent graves ; l'amaigrissement est rapide et continu (100 grs par jour environ).

Le 28 décembre, *éruption de rougeole*. La C. R. est négative pendant la durée de l'éruption.

Le 4 janvier, l'enfant est très fatigué, la température persiste, déshydratation importante. A l'auscultation, souffle à timbre cavitaire dans le tiers supérieur du poumon droit, râles sous-crépitaux dans la moitié inférieure du champ pulmonaire.

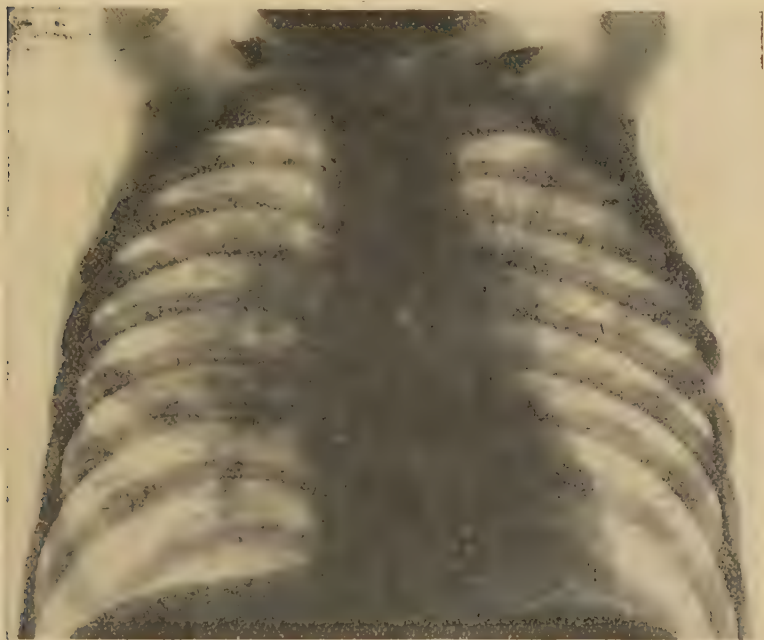
La radiographie (6 janvier) montre une *dissémination micro-nodulaire dans les deux champs pulmonaires*.



RADIOGRAPHIE 4. 6-1-39. — Obs. 149. — P. Jean-Pierre, 1 an. A contracté la rougeole, 3 semaines après le début de la coqueluche. Elargissement de l'image ganglio-pulmonaire. Ensemencement nodulaire bilatéral.

Les jours suivants, l'état général reste très grave, l'amaigrissement s'accroît, les signes pulmonaires persistent ; d'autre part, apparition d'un syndrome méningé discret, mais la ponction lombaire ramène un liquide normal.

Une radiographie faite le 25 janvier montre, outre les lésions déjà décrites, *une caverne parahilaire droite.*



RADIOGRAPHIE 5. 25-1-39. — Obs. 149. — P. Jean-Pierre. Extension de l'ensemencement micro-nodulaire. Caverne creusée dans la condensation para-hilaire droite.

Ces signes se maintiennent jusqu'à la mort qui survient le 31 janvier, un mois et demi après le début de la coqueluche.

AUTOPSIE : *poumon droit* : lésions de bronchopneumonie caséuse, caverne juxta hilaire de la grosseur

d'une noix, près d'un ganglion caséeux hilare ; tout le poumon est très congestif et bourré de nodules en partie ramollis.

Poumon gauche : Tubercules disséminés dans tout le poumon, non encore caséifiés.

Médiastin : bourré d'énormes ganglions caséeux inter et péri trachéo-bronchiques.

Mésentère : énormes ganglions caséeux.

Rate : gros tubercules à la superficie.

Foie : quelques granulations.

Estomac normal.

Intestin grêle : nombreuses plaques de Peyer, dont plusieurs hémorragiques.

Reins : hortensia, rares granulations.

Cerveau : œdémateux, à la coupe, piqueté hémorragique, surtout dans la substance blanche. Mastoïdite droite, pus crémeux.

OBSERVATION 150.

B. Christiane, 20 mois. Forte coqueluche en septembre 1938. Les quintes sont nombreuses et fortes. La C. R. est positive depuis janvier 1938, l'enfant a vécu avec son père atteint de tuberculose pulmonaire.

A l'entrée, l'enfant est pâle, fatiguée ; la température décrit des crochets à 38°, 38,5°. Le poids est de 8 kgs 300.

A l'auscultation, quelques râles sous-crépitaux après la toux aux deux bases.

La radiographie montre une *image hilare droite* empiétant largement sur le parenchyme pulmonaire. Il existe des nodules calcifiés dans la région sous-claviculaire. Au sommet gauche, nodules fibro-crétacés.

La recherche de B. K. dans l'expectoration et le liquide gastrique est négative.

Pendant l'évolution de la coqueluche, aucune modification radiologique.

Est envoyée à Brévannes où elle séjourne 5 mois ;
à la sortie, l'état général est meilleur ; poids 9 kgs 800.
La radiographie montre une régression de l'image hilare droite.

OBSERVATION 151.

N. Robert, 2 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en juin 1938. C. R. positive, a été en contact avec sa mère morte de tuberculose pulmonaire en janvier 1938.

L'état général est assez bon, le poids de 10 kgs.

La radiographie montre au niveau des deux hiles une image homogène largement débordante.

Est envoyé en convalescence à Brévannes, *sort 7 mois après en bon état. Poids 11 kgs 700. Radiographie : régression de l'infiltration hilare droite.*

OBSERVATION 152.

C. Christiane, 2 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en novembre 1940. C. R. fortement positive, a été contaminée par un oncle atteint de tuberculose pulmonaire.

L'état général est assez bon, le poids de 13 kgs 600.

La radiographie montre une *ombre ganglio-pulmonaire au niveau du hile droit.*

A la fin de la coqueluche, *éruption morbilliforme, intense, avec température à 40°, compliquée au 6^e jour d'otite double.*

Est envoyée à Brévannes ; *3 mois après, bon état général, poids 14 kgs 600. Radiographie : régression très nette de l'image hilare droite.*

OBSERVATION 153.

F. Micheline, 2 ans. Entre le 10 août 1940 pour une coqueluche d'intensité moyenne. Appartient à une famille de l'Aisne réfugiée.

Les parents sont bien portants. A 3 frères et sœurs dont les C. R. sont négatives.

L'enfant ne présente aucun antécédent pathologique particulier, bien constituée, pèse 11 kgs.

La C. R. est positive.

A partir du 28 août, l'appétit diminue, la température jusque là normale s'élève légèrement.

On fait une radiographie qui montre *deux images opaques, non homogènes, à contours flous, entamant largement le parenchyme, à point de départ hilair.*

La température persiste s'accompagnant d'anorexie, de diarrhée, d'amaigrissement (500 grs).

Auscultation : quelques râles de bronchite.

A partir du 14 septembre, développement d'une *méningite tuberculeuse*, on remarque des modifications du caractère : hostilité à l'examen, l'enfant est maussade, pleure quand on lui parle ; elle dort bien, ne somnole pas la journée, mais par instant pousse un cri plaintif.

L'amaigrissement est important.

Le 20 septembre, l'enfant est somnolente, mais on la réveille aisément. Il n'y a pas de photophobie, le pouls est régulier, la respiration normale.

Le 21 septembre, l'enfant est couchée en chien de fusil, dans un coma incomplet. Il y a des contractures, raideur de la nuque, signe de Kernig. La respiration est régulière, le pouls instable. La ponction lombaire ramène un liquide céphalo-rachidien clair, hypertendu contenant :

Albumine	1,10 grs
Glucose	0,48 —
Na Cl	6,35 —
Eléments	158 (lymphocytes)
B. K.	.1

Le soir même, le coma est complet.

Le 22 septembre, coma avec convulsions généralisées, raideur de la nuque, signe de Kernig, réflexes exagérés. La respiration est irrégulière avec pause de 5 à 6

secondes. Le pouls est instable, bien frappé, irrégulier par moment.

Meurt le 22 septembre en hyperthermie.

Il n'y a pas eu d'autopsie.

OBSERVATION 154.

P. Michelle, 2 ans 1/2. Entre le 30 juillet 1939 pour coqueluche ayant débuté il y a 3 semaines. La C. R. est fortement positive.

L'état général est médiocre. Poids 10 kgs 800. Déshydratation intense.

L'auscultation montre des râles de bronchite disséminés.

La radiographie pulmonaire montre un gros élargissement du hile droit, prolongé par une *bande opaque, allant jusqu'à la paroi thoracique.*

Il existe un *syndrome méningé* ébauché, raideur de la nuque, l'enfant se plaint dès qu'on la touche. La ponction lombaire ramène un liquide céphalo rachidien opalescent contenant :

Albumine	1,22	grs
Glucose	0,30	grs
Na Cl	6,90	—
Eléments	57	(quelques polynucléaires non altérés, lymphocytes).

B. K. 0

Le 2 août, apparaît un ptosis droit, les réflexes tendineux et cutanés sont normaux.

Le 3 août, on constate une monoplégie brachiale droite avec diminution du réflexe stylo-radial.

On pratique une nouvelle ponction lombaire qui révèle la *présence de B. K.*

L'enfant meurt le 8 août, de méningite tuberculeuse, après un coma de quelques heures.

Il n'y a pas eu d'autopsie.

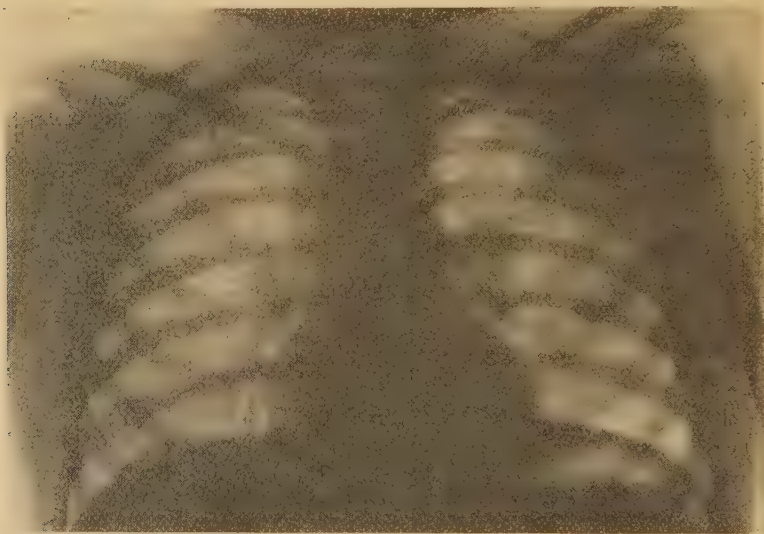
OBSERVATION 155.

L. Monique, 3 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en octobre 1938. *C. R. négative. Quinze jours après le début de la coqueluche, érythème noueux, C. R. devient très fortement positive.*

Etat général médiocre, l'enfant est pâle, fatiguée ; poids 12 kgs 400.

L'auscultation est normale.

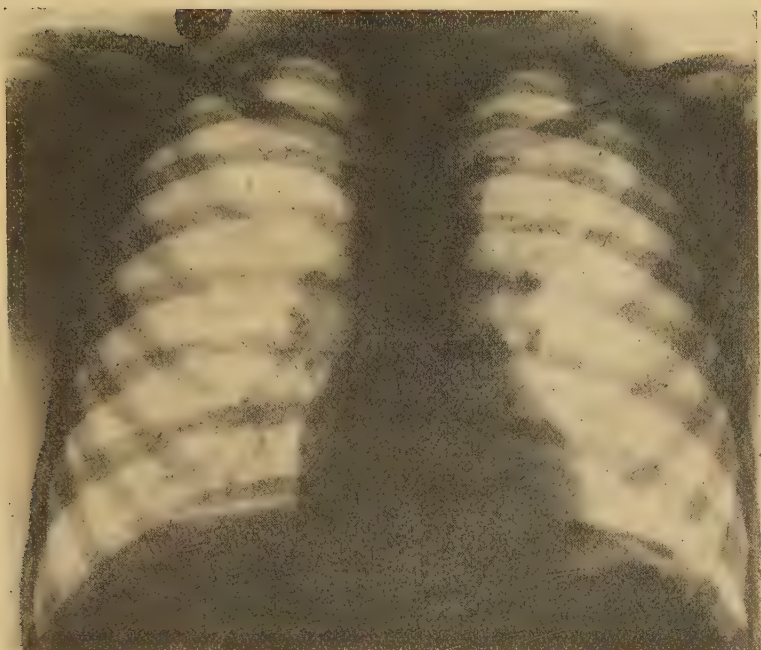
La radiographie montre une *grosse infiltration hilair bilatérale.*



RADIOGRAPHIE 6. 29-10-38. — *Obs. 155.* — L. Monique, 3 ans. Coqueluche d'intensité moyenne. Apparition d'un érythème noueux 15 jours après le début de la coqueluche. Virage de la C. R. antérieurement toujours négative. Complexe ganglio-pulmonaire hilair bilatéral.

6 mois après, la radiographie ne s'est pas modifiée, le poids augmente un peu (600 grs).

Régression de l'image hilair surtout à gauche; au bout d'un an.



RADIOGRAPHIE 7. 12-11-39. — Obs. 155. — L. Monique. Régression du complexe ganglio-pulmonaire hilare.

L'intérêt de cette observation réside dans l'apparition de l'érythème noueux au quinzième jour de la coqueluche, coïncidant avec le virage de la cuti-réaction antérieurement toujours négative, et la constitution d'un complexe primaire ganglio pulmonaire. Une pareille éventualité est rare, mais non exceptionnelle. WALLGREN a pu réunir un certain nombre de cas d'érythème noueux paraissant littéralement déterminés par une rougeole, une coqueluche, une angine aiguë. A son avis, au cours de la coqueluche,

c'est en général vers la troisième semaine de la maladie que se place le début de l'érythème noueux. Il est vraisemblable qu'il s'agit bien d'un cas où l'érythème noueux est apparu comme première manifestation de l'invasion tuberculeuse, et non pas d'un *érythème noueux post-primaire*, puisqu'il a coïncidé avec le virage de la cuti-réaction.

Le pronostic de ces érythèmes noueux survenant dans de telles conditions serait souvent défavorable, tout au moins certains auteurs l'admettent. Dans notre cas, l'enfant a guéri complètement après un an de cure sanatoriale.

Tout dernièrement, un autre cas d'érythème noueux apparu à la troisième semaine de la période des quintes avec virage de la cuti-réaction a été observé dans le service de M. R. A. MARQUEZY. Nous n'avons pu en faire état dans notre thèse car l'évolution ultérieure ne nous est pas connue.

OBSERVATION 156.

B. Jeanne, 3 ans 1/2. Forte coqueluche en avril 1937. Pendant la coqueluche, C. R. négative. Au déclin de cette maladie, la C. R. devient positive.

La radiographie montre une *image ganglio-pulmonaire à gauche* ; à droite un *hile élargi*, et une petite augmentation de la trame pulmonaire.

L'état général est bon, le poids de 13 kgs 100.

Le lavage gastrique contient des B. K.

Contracte, 6 mois après, *une rougeole bénigne* qui n'aggrave pas les lésions pulmonaires.

Sort de Brévannes après un séjour de 13 mois. *A sa sortie, très bon état général, poids 14 kgs 900. Les*

lavages d'estomac n'ont pas révélé de B. K. depuis 7 mois. La radiographie s'est considérablement nettoyée, il ne persiste que des hiles un peu chargés.

OBSERVATION 157.

C. Jean-Pierre, 3 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1937. C. R. positive.

Etat général médiocre, rachitisme important, poids 12 kgs 200.

Auscultation normale.

Radiographie : *image ganglio-pulmonaire empiétant largement dans le parenchyme au niveau du hile droit.*

Fait un séjour de 5 mois à Brévannes; *à la sortie, l'état général est meilleur, poids 13 kgs 400, la radiographie ne s'est pas modifiée.*

OBSERVATION 158.

O. Denise, 3 ans. Entre en mai 1937. Forte coqueluche, quintes terminées par des vomissements. Au bout de 3 semaines, foyer pulmonaire gauche et otite.

C. R. fortement positive depuis novembre 1936 ; a fait à ce moment un épisode pulmonaire appelé broncho-pneumonie ; a perdu 3 kgs depuis ce moment, pèse actuellement 10 kgs 100.

A l'entrée, la radiographie montre des hiles élargis; à gauche quelques traînées inter-cléïdo-hilaires.

Pendant l'épisode pulmonaire qui complique la coqueluche, les signes d'auscultation sont discrets : respiration rude, quelques râles bulleux, retentissement du cri à la base gauche.

La radiographie montre alors une *grosse opacité homogène, partant du hile gauche, atteignant la clavicule et débordant le contour cardiaque de 1 à 2 cm.*

Ce foyer persiste pendant 3 semaines, à ce moment la température baisse sans revenir à la normale.

Reste à l'hôpital Claude-Bernard jusqu'en août 1937.

A la sortie, l'état général est meilleur, la température normale, le poids de 11 kgs 700. La radiographie montre un gros élargissement des deux hiles, prédominant à gauche.

En janvier 1939, l'enfant était depuis 1 an au Préventorium de Chevières ; *état général bon, poids 14 kgs 200. La radiographie montrait une grosse diminution des deux images hilaires.*

OBSERVATION 159.

W. Geneviève, 3 ans. Coqueluche bénigne en juin 1938. C. R. positive, a été en contact avec son père mort de tuberculose pulmonaire en février 1938.

L'état général est bon, le poids de 13 kgs 800, il existe quelques adénopathies cervicales.

A l'auscultation, quelques râles sous crépitants à la base gauche.

Radiographie : *image ganglio-parenchymateuse au niveau du hile droit.*

1 an après, est en bon état, poids 15 kgs 600 ; a eu la rougeole en février 1939. La radiographie montre un léger empâtement du hile droit.

OBSERVATION 160.

M. Jeannine, 3 ans 1/2. Coqueluche bénigne apyrétique en décembre 1938. C. R. positive.

Auscultation : quelques râles de bronchite dans les deux champs pulmonaires.

Bon état général, poids 14 kgs 800.

Radiographie : *image ganglio-pulmonaire très opaque au niveau du hile droit se prolongeant dans la partie inférieure du parenchyme.*

Fait un séjour de 5 mois à Brévannes. *En sort en bon état, poids 15 kgs 900. Radiographie : nettoyage de l'ombre hilare droite.*

OBSERVATION 161.

M. Pierre, 3 ans. Entre en novembre 1938 pour coqueluche d'intensité moyenne. Les parents et les frères et sœurs sont bien portants.

La première C. R. de l'enfant a été faite à l'âge de 16 mois, elle fut positive ; l'enfant a fait un séjour de 18 mois dans un Préventorium.

A l'entrée, l'état général est bon, le poids de 12 kgs 850.

L'auscultation est normale.

La radiographie montre à droite une *image ganglio-parenchymateuse peu dense mais étendue*, à gauche *calcifications hilaires*.

Fait un séjour de 9 mois à Brévannes ; à la sortie, bon état général, poids 13 kgs 600. Radiographie : hiles presque normaux.

OBSERVATION 162.

L. Roger, 3 ans. Forte coqueluche compliquée d'otite droite et de bronchopneumonie à foyers disséminés en août 1937. C. R. positive, a été contaminé par son père tuberculeux pulmonaire. *A fait, il y a 16 mois, sa primo-infection.*

L'état général est médiocre. Le poids de 12 kgs 500.

Auscultation : râles ronflants et sibilants disséminés.

Radiographie : *ombre dense à contours nets au niveau du hile droit.*

En janvier 1939, l'enfant est en bon état, pèse 14 kgs, a eu la rougeole sans complications en juin 1938. Radiographie : *hile droit chargé.*

OBSERVATION 163.

M. Monique, 4 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1938. C. R. très fortement positive.

Auscultation normale.

Bon état général ; poids 15 kgs 300.

Radiographie : à droite, ombre hilaire élargie et tramite discrète ; à gauche, opacité à point de départ hilaire débordant sur le tiers inférieur du parenchyme.

Reste à Brévannes 4 mois après sa coqueluche. A la sortie, bon état général, poids 16 kgs. Radiographie : simple élargissement des deux hiles.

OBSERVATION 164.

A. Joséphine, 5 ans 1/2. Coqueluche bénigne sans complications en avril 1939. C. R. positive, le contage n'a pu être retrouvé.

Bon état général, poids 19 kgs 600.

Auscultation normale.

Radiographie : à gauche, au niveau du hile, séquelle de complexe primaire ; à droite, gros élargissement du hile d'où essaiment des trainées fibreuses vers la clavicule et vers la base.

Est envoyée en convalescence à Brévannes. Contracte la rougeole en mai 1939. Sort en novembre 1939 en bon état, poids 20 kgs 800. Radiographie : hilate droite, nodules calcifiés.

OBSERVATION 165.

L. André, 5 ans 1/2. Entre en janvier 1939 pour coqueluche d'intensité moyenne. C. R. fortement positive. Les parents sont bien portants, et le contage n'a pu être retrouvé. L'enfant a eu la rougeole il y a 1 an 1/2 et a, depuis, des accès fébriles, de temps à autre.

Bon état général, poids 19 kgs 800.

Auscultation normale.

Radiographie normale.

Repris par les parents à la fin de la coqueluche ; en mars 1939, amaigrissement, accès fébriles fréquents. La radiographie montre alors une image arrondie, non homogène, para-hilaire gauche,

L'examen des crachats montre la présence de B. K.

Est envoyé à Brévannes ; 6 mois après, grosse amélioration de l'état général, poids 21 kgs. La radiographie montre un élargissement du hile gauche, et un pinceau opaque du hile à la base droite.

OBSERVATION 166.

Le S. Robert, 7 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en février 1939. Les parents et frères et sœurs sont bien portants. A eu la varicelle et la rougeole à 6 ans. A l'entrée, la C. R. est négative; 20 jours après, la C. R. est à nouveau positive.

L'état général est bon, le poids de 20 kgs 700.

La radiographie montre une image hilair gauche élargie, d'où partent quelques traînées fibreuses. Au niveau du hile droit, grosses calcifications.

Est envoyé à Brévannes. 6 mois après, bon état général, poids 21 kgs 900. Radiographie : quelques traînées fibreuses para-hilaires, et calcifications hilaires droites.

Parmi ces 19 enfants, atteints de complexe ganglio-pulmonaire, souvent étendu, parfois empiétant largement dans le parenchyme, nous avons observé 4 décès : 1 granulie (observation 148), il s'agissait d'un nourrisson de 4 mois 1/2 ayant contracté une coqueluche grave ; 2 méningites tuberculeuses survenant l'une en pleine période d'état de la coqueluche (observation 154), l'autre au décours de la coqueluche (observation 153) ; 1 bronchopneumonie tuberculeuse (observation 149) déclarée au décours de la coqueluche, qui a été elle-même compliquée d'une rougeole.

Dans les 15 autres cas, nous avons observé une évolution favorable ; l'importante, amélioration de

l'état général, le nettoyage radiologique en témoignent. Et cela, malgré une coqueluche grave (observation 150), malgré des complications pulmonaires aiguës, (observations 158 et 162), malgré l'état général déficient (observation 157), l'association avec une rougeole (observation 152), la négativation de la cuti-réaction pendant la période des quintes (observation 156).

2° — OBSERVATIONS DE TUBERCULOSE
A TYPE DE SPLÉNO-PNEUMONIE

13 enfants présentaient une condensation du type spléno-pneumonique. Dans 4 cas, cette condensation occupait le lobe supérieur droit, dans 1 cas le lobe supérieur gauche. Dans 6 cas, la tuberculose pulmonaire avait été reconnue avant la coqueluche ; ces enfants contractèrent la coqueluche au cours d'une cure sanatoriale à l'Hospice de Brévannes. Dans les 7 autres cas, la lésion tuberculeuse a été découverte à l'occasion de l'examen systématique pratiqué à l'hôpital pendant la coqueluche.

OBSERVATION 167.

C. Marcel, 18 mois. Entre le 10 janvier 1941 pour coqueluche d'intensité moyenne.

L'état général est modicore, l'enfant est pâle, la température s'inscrit autour de 38°. Le poids est de 9 kgs 160.

L'auscultation montre des râles ronflants et sibilants dans les deux champs pulmonaires.

La C. R. est négative.

Les jours suivants, la température s'élève progressivement jusqu'à 40°, expliquée par un foyer de râles sous crépitants à la base gauche.

D'autre part, le tympan gauche est rosé, la paracenthèse ramène un peu de sérosité.

La radiographie montre un poumon droit presque normal, mais à gauche, une importante *condensation à point de départ hilare, rendant flou tout le bord gauche du cœur.*

La température reste élevée, l'état général décline, avec amaigrissement important ; les signes pulmonaires persistent.

Le 1^{er} février, l'enfant est très somnolent, l'état général grave.

Ces signes persistent jusqu'au 11 février ; à ce moment apparaît brusquement un *syndrome méningé accompagné de paralysie faciale gauche périphérique.*

Le 12 février, il existe une hémiparésie droite avec diminution des réflexes tendineux et cutanés et hypoesthésie. Les réflexes oculaires sont abolis.

La ponction lombaire montre un liquide ambré, laissant déposer un coagulum fibrineux, contenant :

Albumine	2 grs
Eléments	13 (lymphocytes)
B. K. trouvés à l'examen direct.	

Malgré la gravité de l'état général, l'apparition de la paralysie faciale imposant le diagnostic de mastoïdite, on pratique une intervention le 13 février sur la mastoïdite gauche. On la trouve entièrement nécrosée, le pus ne contient pas de B. K. La mort survient quelques heures après.

La présence de B. K. dans le liquide céphalo-rachidien ne fut connu qu'après l'opération.

AUTOPSIE : *poumon gauche* — gros ganglions caséeux au niveau du hile, petites granulations disséminées sur la corticalité ; à la pression du lobe inférieur, sort des bronches un pus verdâtre.

Poumon droit — gros nodule caséeux de la dimension d'une noix à la partie tout inférieure près de la corticalité ; quelques granulations disséminées.

Rate — farcie de granulations.

Foie — parsemé de granulations.

Reins — congestifs, de teinte lilas.

Nombreuses et volumineuses adénopathies mésentériques.

Cerveau — lame fibrineuse reliant la protubérance au chiasma optique, se prolongeant sous la circonvolution temporale gauche. Nombreuses et fines granulations disséminées sur la pie-mère.

Mastôidite purulente bilatérale.

OBSERVATION 168.

V. Monique, 21 mois. Envoyée à Brévannes en janvier 1937. C. R. fortement positive, a été en contact plusieurs mois avec son père atteint de laryngite tuberculeuse.

L'état général est très médiocre, l'enfant est pâle, pèse 11 kgs 400.

L'auscultation montre une diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire à la base gauche.

La radiographie, à l'entrée, montre une *grosse condensation homogène, à limites nettes, dans la moitié inférieure du poumon gauche*. Le hile droit est élargi.

Le liquide gastrique contient des B. K.

Contracte une *coqueluche d'intensité moyenne* 5 mois après son entrée ; la C. R. demeure positive.

Reste à Brévannes 7 mois après sa coqueluche ; présente 2 mois après un ictère catarrhal.

Sort en bon état général. Poids 13 kgs 150. La radiographie montre toujours une densification de la base gauche, mais qui évolue vers une rétraction fibreuse ; le poumon droit est normal.

OBSERVATION 169.

B. Micheline, 2 ans 1/2. Entre à Brévannes en février 1937 pour lésion pulmonaire droite ; la C. R. est positive.

L'état général est assez bon, la température normale, le poids de 11 kgs 900.

La radiographie montre une grosse condensation triangulaire à base externe, à la partie moyenne du poumon droit.

Contracte une coqueluche bénigne, apyrétique en juin. En septembre, la radiographie montre une diminution de la condensation ; à ce moment, B. K. dans le liquide gastrique.

En janvier 1938, excellent état général, a pris 3 kgs 500 depuis son entrée. La radiographie montre une régression du foyer.

OBSERVATION 170.

L. Robert, 2 ans. Entre à Brévannes en février 1937 pour tuberculose pulmonaire ; la C. R. est positive.

L'état général est médiocre, l'enfant est pâle, hypotrophique, poids 9 kgs 500, polymicroadénopathie.

Auscultation : diminution de la respiration à la base droite.

La radiographie montre une importante condensation à la partie moyenne du poumon droit, à point de départ hilair ; l'image est homogène à limites nettes.

Contracte une coqueluche d'intensité moyenne en mars. L'expectoration contient des B. K. à ce moment seulement.

En octobre, l'état général est meilleur, le poids de 11 kgs 200. La radiographie montre une nette diminution de la condensation ; l'ombre régresse de la paroi vers le hile, elle est homogène et les limites en sont floues.

OBSERVATION 171.

C. Thérèse, 2 ans. Entre à Brévannes en juillet 1937 pour primo-infection tuberculeuse, a beaucoup maigri depuis 1 mois.

À l'entrée, l'état général est médiocre, il existe quelques adénopathies. Le poids est de 8 kgs 700.

L'auscultation est normale.

En août 1937, élévation de la température à 39° pendant plusieurs jours ; dyspnée et toux.

Auscultation : râles humides au sommet droit.

Radiographie : *lobite supérieure droite, homogène, respectant l'extrême sommet.*

En septembre, la température revient à la normale, mais l'enfant contracte *une très forte coqueluche*. En novembre, l'état général s'améliore, le poids augmente légèrement. En février 1938, régression de l'image pulmonaire droite qui diminue du sommet vers la scissure et de la paroi vers le médiastin.

En juin 1938, grosse amélioration de l'état général, la température est stabilisée depuis le mois de décembre. A pris 3 kgs 100 depuis son entrée.

Radiographie : *la lobite a considérablement diminué, il ne persista qu'une bande scissurale d'1 cm. environ.* En septembre 1938, les lésions sont presque complètement nettoyées, l'enfant pèse 13 kgs 800. Elle est, à ce moment, envoyée au Préventorium de Chevrières.

OBSERVATION 172.

G. Micheline, 3 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1937. C. R. très fortement positive. A été en contact avec sa grand-mère tuberculeuse pulmonaire.

Auscultation : respiration rude au sommet droit.

Etat général médiocre, enfant pâle, fatiguée, caries dentaires ; poids 13 kgs 500.

Radiographie : *lobite supérieure droite non homogène, respectant l'extrême sommet. Hile gauche élargi.*

L'enfant est envoyée à Brévannes. 4 mois après, une radiographie montre une régression importante de la lobite droite ; l'état général s'améliore et le poids augmente régulièrement.

6 mois après, nous observons *une régression presque complète des lésions. Il ne persiste qu'une opacité non homogène para-scissurale droite. L'état général est bon, le poids de 14 kgs 900.*

OBSERVATION 173.

K. Suzanne, 3 ans. Entre à Brévannes le 22 février 1937 pour tuberculose pulmonaire, la C. R. est positive.

A l'entrée, l'état général est bon, le poids de 12 kgs 200.

L'auscultation est normale.

La radiographie montre une *ligne de scissurite droite*, une *ombre hilare élargie à contours flous*.

En mars, la température s'élève, oscillant irrégulièrement.

La radiographie montre alors une *lobite supérieure droite très homogène*, respectant l'extrême sommet.



RADIOGRAPHIE 8. 15-3-37. — Obs. 173. — K. Suzanne, 3 ans. Entre à Brévannes pour condensation de type spléno-pneumonique occupant le lobe supérieur droit, respectant l'extrême sommet.

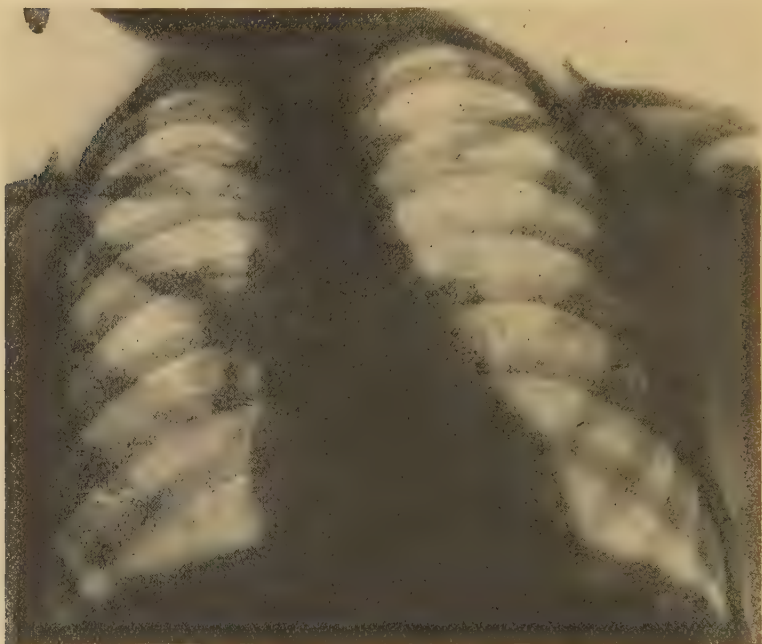
D'autre part, il existe une otite droite avec écoulement purulent abondant.

En avril 1937, ictère catarrhal.

En juillet, la radiographie montre que la lobite a gagné le sommet, l'opacité est plus dense que sur la radiographie précédente.

Contracte en octobre 1937 une très forte coqueluche, avec température irrégulière, vomissements fréquents, amaigrissement de 1 kg. Pendant la coqueluche, l'examen des crachats montre la présence de B. K.

Cependant, en janvier 1938, la radiographie montre une importante amélioration : il ne persiste qu'une bande opaque au-dessus de la scissure.



RADIOGRAPHIE 9. 12-1-38. — Obs. 173. — K. Suzanne. A contracté une très forte coqueluche en octobre 1937. Cependant 3 mois après, la radiographie ne montre plus qu'une bande opaque au niveau de la scissure inter-lobaire droite.

L'état général s'améliore parallèlement, la température est maintenant normale, le poids augmente très rapidement. L'examen des crachats est négatif.

En septembre 1938, l'état général est excellent, le poids

augmente régulièrement, l'otite droite est tarie. La radiographie montre uniquement des hiles chargés et une scissurite droite.

OBSERVATION 174.

G. Claude, 3 ans 1/2. Entre à Brévannes en septembre 1936 pour *lobite supérieure droite*. La C. R. est positive, a été en contact avec sa mère, actuellement en sanatorium.

L'état général est médiocre, le poids de 10 kgs 500. Il existe une polymicroadénopathie.

La respiration est rude aux deux sommets et à droite, on trouve une submatité et un souffle léger.

En janvier 1937, l'état général s'améliore, malgré la persistance de quelques clochers fébriles, le poids augmente, la radiographie montre un éclaircissement de la lobite commençant au niveau de la scissure.

En octobre 1937, la régression de l'image pulmonaire augmente. Contracte à ce moment *une coqueluche bénigne*, pendant laquelle un examen du liquide gastrique montre la présence de B. K.

En février 1938, la radiographie montre une régression presque complète de la lobite droite, il ne persiste qu'une petite ombre au voisinage de la scissure. Cependant, légère infiltration du sommet gauche.

L'état général est bon, la température normale.

En août 1938, à droite, l'image radiologique ne montre qu'une ligne de scissurite, à gauche, il n'existe que trois nodules au sommet. Aucune évolution depuis février. L'état général est bon, le poids de 13 kgs.

OBSERVATION 175.

L. Edmond, 4 ans. Entre en août 1937 pour *coqueluche* d'intensité moyenne ; C. R. fortement positive, a été en contact avec son père tuberculeux pulmonaire.

L'état général est assez bon. Poids 13 kgs 600.

Auscultation : foyer de râles humides après la toux à la partie moyenne du poumon gauche.

La radiographie montre une *condensation de la base gauche s'étendant du hile à la coupole diaphragmatique*.

Fait à Brévannes un séjour de 7 mois ; à la sortie, l'état général est bon, le poids de 15 kgs 200. La radiographie ne montre plus qu'un hile gauche empâté.

OBSERVATION 176.

L. Michel, 5 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en juin 1938. C. R. fortement positive.

L'état général est médiocre, polymicroadénopathie, poids 14 kgs 900.

Auscultation : submatité du sommet gauche, respiration rude et quelques râles fins à ce niveau.

La radiographie montre une *lobite supérieure gauche* homogène. Le hile droit est élargi.

La recherche de B. K. dans l'expectoration et le liquide gastrique est négative.

Fait à Brévannes un séjour de 8 mois ; à ce moment, bon état général. A pris 2 kgs.

Radiographie : *régression de la lobite supérieure gauche, l'image s'efface de la paroi vers le médiastin ; il persiste une ombre importante non homogène, latéro trachéale*.

OBSERVATION 177.

C. Danielle, 5 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1937. C. R. positive.

Etat général médiocre. Poids 15 kgs 500.

Auscultation : respiration rude au sommet droit, quelques râles sous-crépitaux après la toux.

Radiographie : *condensation triangulaire à base hilare au niveau du hile droit*, l'image est homogène, à limites nettes.

Contracte 5 mois après son arrivée à Brévannes une

poliomyélite antérieure aiguë. Envoyée à l'Hospice de la Salpêtrière.

4 mois après, *l'état général était bon, le poids de 16 kgs 800, mais la radiographie ne s'était pas améliorée.*

OBSERVATION 178.

F. Abel, 5 ans 1/2. Forte coqueluche en mars 1938. C. R. fortement positive.

L'état général est médiocre. Enfant pâle, fatigué. Poids 16 kgs 700, polymicroadénopathie.

Auscultation : submatité à la base droite, quelques râles fins à ce niveau.

Radiographie : hiles très élargis, *condensation occupant la moitié inférieure du poumon droit, non homogène, à limites floues.*

En décembre 1938, *l'état général est satisfaisant, le poids est de 18 kgs 200. La radiographie montre une régression partielle de la condensation de la base droite qui régresse de la paroi vers le médiastin.*

OBSERVATION 179.

F. Jeannine, 8 ans. Grave coqueluche en avril 1938 compliquée de bronchopneumonie à foyers disséminés. C. R. fortement positive.

L'état général est médiocre, poids 20 kgs 100.

Auscultation : diminution de la respiration à la base gauche.

La radiographie montre un *foyer pleuro-pulmonaire semblant homogène à la base gauche.*

Le liquide gastrique contient des B. K.

Est envoyée en convalescence à Brévannes; le foyer régresse rapidement, l'état général s'améliore, le poids augmente régulièrement.

Sort 6 mois après. *La radiographie ne montre plus qu'une diminution de transparence de la base gauche; le poids est de 22 kgs 900. L'expectoration et le liquide gastrique ne contiennent plus de B. K.*

OBSERVATION 180.

B. Elisco, 8 ans. Coqueluche bénigne en juin 1938.

C. R. positive.

Bon état général, poids 19 kgs.

Auscultation : diminution de la respiration à la base droite.

Radiographie : *condensation non homogène à limites floues occupant le tiers inférieur du poumon droit.*

Est envoyé en convalescence à Brévannes. *En sort 1 an après en bon état. Poids 22 kgs 300. La radiographie ne montre que de petites opacités sous et juxta-hilaires droites.*

Chez ces 13 enfants, nous n'avons observé qu'1 seul décès (observation 167) ; il s'agissait d'un enfant de 18 mois qui, au cours de l'évolution de la coqueluche, a présenté une bronchopneumonie tuberculeuse avec méningite terminale. Dans les 12 autres cas, la coqueluche n'a pas entravé une évolution favorable, la régression de l'image radiologique a été complète ou presque complète dans un délai de 8 mois à 2 ans. Et cependant, la coqueluche a été grave dans 3 cas (observations 171, 173, 179) ; dans 1 cas (observation 179), une bronchopneumonie aiguë a compliqué la coqueluche ; 1 fois (observation 167), un ictère catarrhal est survenu 2 mois après la coqueluche. Dans 4 cas (observations 168, 172, 174, 175) le contagion a été important et massif.

3° — OBSERVATIONS DE TUBERCULOSE NODULAIRE

Elles sont au nombre de vingt, associant très souvent l'ensemencement nodulaire à une image ganglio-pulmonaire hilare unie ou bilatérale.

Parmi elles, *douze observations* concernaient des enfants atteints manifestement, lors de l'éclosion de la coqueluche, de cette forme grave de tuberculose et cependant onze ont *guéri*. Le douzième est mort de bronchopneumonie tuberculeuse avec méningite terminale 8 mois après la coqueluche.

Les lésions tuberculeuses étaient certes limitées, parfois déjà en voie de calcification.

Dans trois cas la tuberculose était diagnostiquée et traitée au moment où la coqueluche survint. Dans les 8 autres observations, les lésions pulmonaires furent découvertes pendant la coqueluche.

OBSERVATION 181.

B. Eliane, 13 mois. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1937. Née à terme, pesant alors 3 kgs 050, nourrie au sein jusqu'à 5 mois, bien portante jusqu'à présent.

La C. R. négative à l'entrée, devient positive 15 jours après ; l'enfant a été en contact avec sa mère, atteinte de tuberculose pulmonaire droite.

L'état général est médiocre, clochers fébriles fréquents poids 9 kgs 200.

L'auscultation est normale.

La radiographie montre des *nodules disséminés dans la partie supérieure des deux champs pulmonaires* prédominant à droite.

A la fin de sa coqueluche, l'état général était assez bon, *la radiographie non modifiée*.

En juin 1939, l'enfant était au Préventorium de Chevreières depuis 1 an ; *poids 12 kgs 200, l'état général satisfaisant, la radiographie montrait un sommet droit diminué de transparence, des calcifications sous-claviculaires droites, un hile gauche élargi*.

OBSERVATION 182.

N. Jean, 1 an. Entre le 19 novembre 1940 pour coqueluche qui a débuté il y a 15 jours environ ; les quintes sont nombreuses, se terminant fréquemment par des vomissements.

Né à terme, poids de naissance 3 kgs 490, aucune maladie jusqu'à présent.

Parents et frère et sœur bien portants.

La C. R. est positive, l'enfant a été en contact il y a 7 mois avec un tuberculeux pulmonaire mort depuis.

A l'entrée, l'état général est bon, le poids de 7 kgs 040.

La radiographie montre quelques *nodules au sommet droit*.



RADIOGRAPHIE 10. 27-11-40. — Obs. 182. — N. Jean, 1 an. Forte coqueluche en novembre 1940. C. R. +. La radiographie montre quelques nodules au sommet droit.

Les jours suivants, la température s'élève aux environs de 38°, puis devient oscillante.

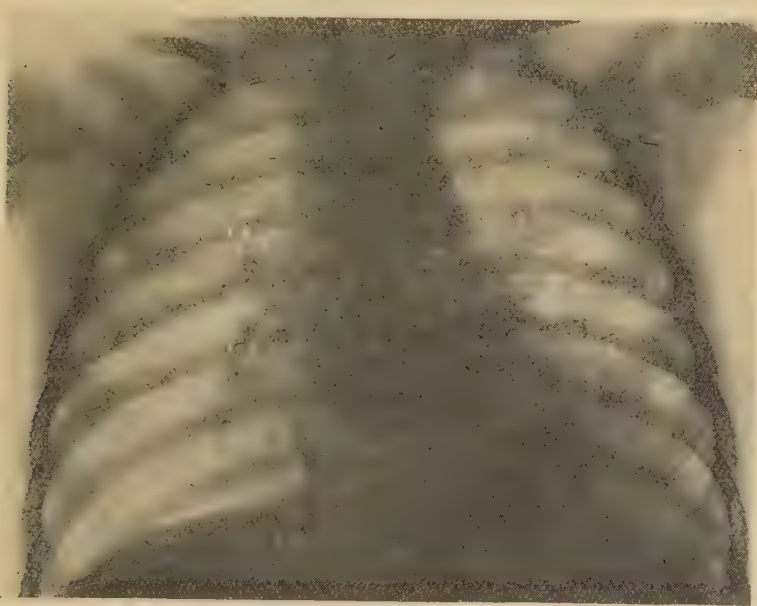
L'auscultation montre alors de nombreux râles de bronchite dans les deux champs pulmonaires.

Le 7 décembre, la température oscille toujours entre 39° et 40°.

L'auscultation montre un souffle à la base gauche avec de nombreux râles sous-crépitaux.

L'état général est atteint, la dyspnée modérée, mais l'anorexie est importante et l'amaigrissement continu.

La radiographie montre une *opacité de la base gauche* débordant l'ombre cardiaque, ainsi qu'un élargissement du hile droit.



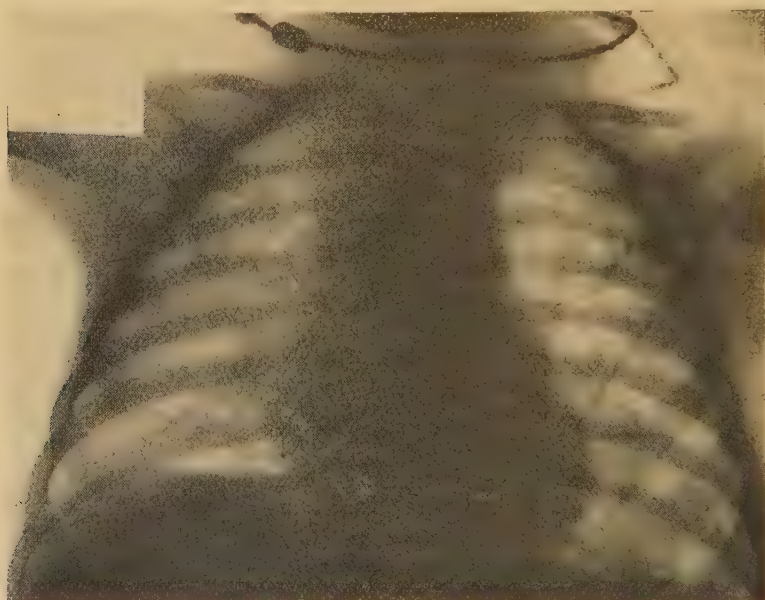
RADIOGRAPHIE 11. 11-12-40. — Obs. 182. — N. Jean. Foyer pulmonaire, grave altération de l'état général. Opacité latéro cardiaque gauche. Elargissement du hile droit.

Le 15 décembre, l'état général reste médiocre.

A l'auscultation, le foyer de la base gauche persiste, en outre quelques râles sous crépitants à la base droite.

Le 21 décembre, la radiographie montre que l'opacité de la base gauche s'est étendue, atteignant presque la paroi thoracique.

Dans les premiers jours de janvier, *la température revient progressivement à la normale, les signes d'auscultation régressent parallèlement. L'état général s'améliore, le poids augmente régulièrement. L'image de la base gauche s'efface progressivement.*



RADIOGRAPHIE 12. 17-1-41. — *Obs. 182.* — N. Jean. Amélioration de l'état général, reprise de poids. Régression complète du foyer de la base gauche. Aucune évolution des lésions tuberculeuses.

Bien qu'il soit encore trop tôt pour porter un jugement définitif sur l'avenir de cet enfant, en raison

de la date récente de la maladie, il nous a paru intéressant de relater cette observation. En effet, malgré la coexistence d'une forte coqueluche, d'un éparsement nodulaire du poumon droit, et l'apparition intercurrente d'un foyer de la base gauche avec altération sérieuse de l'état général, nous avons observé une régression du foyer, une reprise évidente de l'état général au décours de la coqueluche sans aucune extension des manifestations tuberculeuses.

OBSERVATION 183.

C. Robert, 16 mois. Très forte coqueluche en mars 1937, à Brévannes où il était hospitalisé depuis 3 semaines. C. R. fortement positive, a été en contact depuis sa naissance avec sa mère tuberculeuse pulmonaire, morte en décembre 1936.

A l'auscultation, râles ronflants et sibilants disséminés, prédominant au sommet droit.

L'état général est médiocre, grosse hypotrophie, poids 8 kgs 900.

La radiographie montre des *nodules bilatéraux*, peu nombreux, à point de départ hilair.

Le liquide gastrique contient des B. K.

Reste à Brévannes 9 mois après sa coqueluche, est très amélioré, a pris 2 kgs 150.

Revient en janvier 1939; à ce moment, la radiographie montre quelques taches non homogènes aux parties moyenne et inférieure du poumon droit, quelques nodules à gauche.

Le liquide gastrique ne contient pas de B. K.

Fait un séjour de 3 mois, *sort à nouveau en bon état ayant pris 1 kgs 700.*

OBSERVATION 184.

M. Féline, 19 mois. Entre le 12 avril 1938 pour forte coqueluche ayant débuté il y a 15 jours. Née à terme. Poids de naissance 3 kgs 500. Nourrie au sein jusqu'à un an.

Les parents sont bien portants, trois frères et sœurs en bonne santé.

Deux C. R. pratiquées avant l'entrée à l'hôpital ont été négatives.

L'état général est médiocre, l'enfant pèse 9 kgs 900, est pâle ; il existe de la dyspnée, des battements des ailes du nez, la température oscille autour de 39°. A l'auscultation, foyer de râles sous crépitants aux deux bases.

Le foie et la rate sont augmentés de volume.

Ces signes persistent jusqu'au 3 mai ; à ce moment la température revient à la normale, les signes d'auscultation se nettoient peu à peu.

Le 14 mai, la radiographie montre *un très gros élargissement du hile droit*, s'étendant vers la base et atteignant le diaphragme. L'image est opaque, homogène. D'autre part, il existe un *ensemencement nodulaire discret* surtout marqué à la base droite.

Le 10 juin, la *C. R. devient positive*, deux mois après le début de la coqueluche, le contagé n'a pu être retrouvé.

Le 16 juin, la radiographie montre un ensemencement nodulaire dans les deux champs nodulaires. Malgré cette image radiologique, l'état général s'améliore, le poids augmente régulièrement.

L'enfant quitte le service à la fin d'août. A ce moment, la température est normale, le poids de 11 kgs 360, la radiographie montre un ensemencement nodulaire bilatéral qui n'a pas évolué depuis le mois de juin.

Est envoyée à Brévannes. Pendant trois mois, l'état général reste stationnaire, mais on constate des signes cliniques et radiologiques de *mal de pott cervical*.

Cependant, une radiographie faite en novembre montre une augmentation de l'ensemencement nodulaire.

Le 20 novembre, *apparition du trépid méningitique ; la ponction lombaire confirme le diagnostic de méningite tuberculeuse, le liquide céphalo-rachidien contient des bacilles de Kock.*

Meurt le 3 décembre à l'Hôpital Hérold.

Donc ici, cas très complexe : coqueluche compliquée de bronchopneumonie chez un enfant hypotrophique ; la C. R. ne devient positive que 2 mois après le début de la coqueluche. La radiographie montre une bronchopneumonie tuberculeuse à évolution lente. Mais, 8 mois après la coqueluche, la bronchopneumonie évolue, un mal de pott cervical se constitue et l'enfant meurt de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION 185.

D. Pierrette, 2 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en janvier 1938. C. R. positive, a été en contact avec son père mort il y a un mois de tuberculose pulmonaire.

L'état général est bon, le poids de 11 kgs 200.

Auscultation : quelques râles sous-crépitaux à la base droite.

La radiographie montre une *image ganglio-pulmonaire hilare bilatérale*, et un *ensemencement nodulaire à la base droite*.

5 mois après, l'état général est bon, le poids de 12 kgs 800, mais la radiographie ne s'est pas modifiée.

OBSERVATION 186.

P. Colette, 2 ans 1/2. Entre à Brévannes en mars 1937, pour tuberculose pulmonaire avec C. R. positive.

A l'entrée, l'état général est bon, le poids de 12 kgs 600, la température normale.

La radiographie montre une *infiltration nodulaire juxta et sous-hilaire bilatérale*, à grosse prédominance droite.

Il n'y a pas de B. K. dans le liquide gastrique.

Contracte une forte coqueluche, 5 mois après son entrée, sans action sur les lésions pulmonaires.

Quitte Brévannes après un séjour de 11 mois, *en bon état, a pris 2 kgs 500. La radiographie montre une régression de l'image nodulaire droite.*

OBSERVATION 187.

H. Georges, 2 ans 1/2. Entre à Brévannes en mai 1938 pour lésion pulmonaire, la C. R. est positive.

Il s'agit d'un jumeau né à 7 mois, croissance difficile jusqu'à 8 mois ; depuis l'état de santé est médiocre.

A l'entrée, l'enfant est pâle, hypotonique, quelques signes de rachitisme, la température est normale, le poids de 12 kgs 200.

L'auscultation est normale.

La radiographie montre un *ensemencement nodulaire discret à point de départ hilare* dans les deux champs pulmonaires.

Contracte une *rougeole bénigne* 5 mois après son entrée ; 3 mois après, *une forte coqueluche compliquée* de bronchopneumonie ; cependant la C. R. n'est pas modifiée, la radiographie reste identique.

Fait au total un séjour de 13 mois à Brévannes, *à la sortie, l'état général est bon, le poids de 11 kgs, la radiographie ne s'est pas modifiée.*

OBSERVATION 188.

D. Jeannine, 3 ans. Entre à Brévannes en mai 1937 pour primo infection tuberculeuse, la C. R. est positive.

L'état général est médiocre, enfant pâle, poids 12 kgs 600.

Radiographie : *large opacité en bande verticale paratrachéale et para-hilaire droite, à bord externe net ; petits nodules disséminés dans le parenchyme droit, confluant au sommet.*

En octobre 1937, l'état général est bon et le poids aug-

mente régulièrement. Cependant, aggravation radiologique : le sommet droit et la région sus-scissurale sont maintenant opaques,

Contracte une *coqueluche bénigne* en octobre.

En décembre, la radiographie montre un éclaircissement de la condensation droite.

Sort en mars 1938 ; *l'état général est bon, le poids de 14 kgs 200, mais la radiographie ne s'est pas améliorée.*

OBSERVATION 189.

B. Marcelle, 3 ans. Coqueluche d'intensité moyenne en avril 1938. C. R. fortement positive, phlycténulaire.

L'état général est très médiocre, le poids de 11 kgs 200. Il existe quelques signes de rachitisme, le foie et la rate sont augmentés de volume.

Auscultation : respiration rude à gauche.

Radiographie : grosse *masse ganglionnaire latéro-trachéale droite*, quelques *nodules disséminés* dans le champ pulmonaire droit.

L'expectoration contient *des B. K.*

Contracte 4 mois après son entrée une poliomyélite antérieure aiguë ; envoyée à l'hospice de la Salpêtrière.

5 mois après, *l'état général était meilleur, poids 13 kgs*
La radiographie n'était pas modifiée.

OBSERVATION 190.

C. Paulette, 3 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1937. C. R. positive, a été en contact avec sa mère morte de tuberculose pulmonaire.

Auscultation normale.

Bon état général. Poids 13 kgs 400.

Radiographie : *élargissement du hile droit*, partant de ce hile *ensemencement nodulaire limité.*

Reste à Brévannes 1 mois après sa coqueluche. *A la sortie, très bon état général ; poids 15 kgs 100, nette régression des lésions radiologiques.*

OBSERVATION 191.

C. Paul, 4 ans 1/2. Coqueluche d'intensité moyenne en mai 1937. C. R. fortement positive, a été en contact avec sa mère morte de tuberculose pulmonaire.

Bon état général, poids 15 kgs 600.

Auscultation : à droite murmure vésiculaire diminué.

Radiographie : *image ganglio-pulmonaire des deux hiles, avec dissémination nodulaire discrète à droite.*

Fait à Brévannes un séjour de 8 mois, *en sort en bon état général. Poids 16 kgs 900. La radiographie montre une grosse diminution de l'image hilare droite, les nodules évoluent vers la calcification.*

OBSERVATION 192.

C. Henriette, 4 ans. Forte coqueluche compliquée de bronchopneumonie en août 1937, et accompagnée d'expectoration purulente. C. R. positive, a été contaminée par sa grand-mère atteinte de tuberculose pulmonaire.

Assez bon état général, poids 14 kgs.

Auscultation : râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires.

Radiographie : *gros élargissement du hile droit ; dissémination nodulaire à la base droite.*

En juin 1939, était au Préventorium de Palente ; à ce moment, poids 17 kgs, très bon état général, la radioscopie montre des hiles chargés et une diminution de transparence de la base droite.

Ainsi chez ces douze enfants un seul décès a été noté (obs. 184) dû à une bronchopneumonie tuberculeuse terminée par une méningite, 8 mois après la coqueluche ; la C. R. toujours négative avant la coqueluche n'est devenue positive que deux mois après le début de cette affection ; en même temps est apparu un ensemencement micro-nodulaire limité

au sommet droit. L'état est resté stationnaire pendant plusieurs mois, puis la bronchopneumonie tuberculeuse a évolué, associée à un mal de Pott cervical. Chez les onze autres enfants, la coqueluche n'a pas empêché l'évolution favorable de la tuberculose. Quatre fois nous avons constaté une amélioration notable de l'état général (reprise de poids, stabilisation de la courbe thermique, disparition des B. K. antérieurement trouvés) mais cela sans régression radiologique parallèle.

Telle est l'allure, semble-t-il, bénigne de certaines tuberculoses nodulaires, même au cours de la coqueluche. Et pourtant le pronostic aurait pu être fâcheux dans quelques cas en raison d'un état général médiocre (obs. 188, 189), d'une coqueluche grave (obs. 183) ou compliquée de foyers pulmonaires aigus (obs. 182-192) ; d'une rougeole survenant 5 mois après la coqueluche (obs. 187) ; d'un contage tuberculeux massif (obs. 181, 183, 185, 191, 192). Bref tous ces facteurs n'ont pas retardé une amélioration soit complète, soit partielle.

Toutefois dans ces formes de tuberculose nodulaire au cours de la coqueluche, l'évolution heureuse est loin d'être constante ; le pronostic comparé à celui des autres aspects de la tuberculose est grévé d'une lourde mortalité ainsi qu'en témoignent les 7 observations suivantes :

4° — OBSERVATIONS DE TUBERCULOSES
NODULAIRES ÉTENDUES

Parmi celles-ci cinq fois l'ensemencement nodulaire fut découvert dès le début de la coqueluche. Deux fois, il s'agissait d'enfants déjà hospitalisés à l'hospice de Brévannes pour bronchopneumonie tuberculeuse et qui contractèrent une coqueluche.

OBSERVATION 193.

C. Yvette, 8 mois. Entre le 22 mars 1938 au Pavillon Teissier pour coqueluche d'intensité moyenne.

Est née à terme pesant 2 kgs 900. A été nourrie au sein jusqu'à 6 mois, bien portante jusque-là. A fait alors une bronchite avec troubles digestifs. *La C. R. faite en janvier 1938 était fortement positive.* Gros amaigrissement depuis cet épisode pulmonaire.

Les parents sont bien portants, le contagé n'a pu être retrouvé.

A son entrée, l'enfant a une forte température. L'état général est médiocre, grosse hypotrophie, poids 5 kgs 560. La C. R. est positive et ne variera pas pendant toute la durée de la maladie.

A l'auscultation, quelques râles sous crépitants à la base droite.

La radiographie montre du côté droit une *importante image ganglio-pulmonaire au niveau du hile, un essai-image nodulaire dans le parenchyme pulmonaire, une image ganglionnaire le long du bord de la trachée.*

Pendant 3 semaines, l'état général reste stationnaire, le poids s'élève légèrement, la température s'abaisse au bout d'une huitaine de jours pour revenir à la normale, les signes d'auscultation persistent sans changement.

Mais les radiographies échelonnées de 10 jours en 10

jours montrent une grosse *extension de l'ensemencement nodulaire* dans le parenchyme droit.

La température s'élève à nouveau, l'état général décline bien que le poids reste à peu près stationnaire. Les signes d'auscultation sont variables d'un jour à l'autre.

L'expectoration et le liquide gastrique ne contiennent pas de B. K.

Le 5 mai une nouvelle radiographie montre un ensemencement nodulaire bilatéral.

L'enfant meurt le 18 mai en hyperthermie deux mois après le début de la coqueluche.

AUTOPSIE : *poumon droit :* lésions de *bronchopneumonie caséuse* ; zones de ramollissement caséux dans les lobes supérieurs et moyens, congestion simple dans le lobe inférieur ; ganglions caséux latéro trachéaux droits.

Poumon gauche : nodules bronchopneumoniques non caséifiés.

Nombreux ganglions mésentériques congestifs.

Reins : un peu violacés.

Foie : congestif ; nombreuses petites granulations.

OBSERVATION 194.

O. Marcelle, 16 mois. Contracte *la rougeole* le 6 janvier 1941 ; on constate dès son entrée l'existence de *quintes nettes de coqueluche*.

L'état général est médiocre, l'enfant est fatiguée, agitée, pèse 9 kgs 050. La température est à 39°, le pouls et la respiration rapides.

A l'auscultation, nombreux râles sous crépitants surtout à la base droite.

La C. R. est négative, et reste négative pendant toute l'évolution de la maladie. L'enfant a cependant été en contact avec sa mère, soignée actuellement à l'Hôpital Cochin pour tuberculose pulmonaire droite. Antérieu-

rement, on n'a jamais pratiqué de C. R. Une intra dermo réaction au 1/100 est également négative.

La radiographie (24-1-41) montre un ensemencement nodulaire occupant la moitié supérieure du poumon droit. A gauche, opacité non homogène dans la partie supérieure du poumon.

Les jours suivants, les signes généraux et les signes d'auscultation persistent graves. Une seconde radiographie (29-1-41) montre que l'ensemencement nodulaire a gagné presque toute la hauteur du poumon droit.

L'enfant meurt le 30-1-41.

AUTOPSIE : *poumon droit* — aspect de bronchopneumonie tuberculeuse au niveau du lobe supérieur droit.

Poumon gauche : au sommet, nodule caséifié de la taille d'une noix.

Ganglions trachéo bronchiques caséifiés.

Pas de lésions tuberculeuses sur les autres organes.

Il s'agit donc, dans cette observation, d'une bronchopneumonie tuberculeuse affirmée à l'autopsie. Le diagnostic était difficile cliniquement, malgré la notion de contagé, car les réactions à la tuberculine ont toujours été négatives ; mais, avant de conclure à un cas d'anergie coquelucheuse, il faut noter que l'enfant a présenté en même temps la rougeole et la coqueluche, et qu'il est mort 14 jours après l'éruption de rougeole.

OBSERVATION 195.

B. Jean, 21 mois. Forte coqueluche en décembre 1938. Quintes nombreuses sans vomissements et sans expectoration. *La C. R. est fortement positive* (le contagé n'a pu être retrouvé, l'enfant appartient à une famille de polonais illétrés) ; il aurait maigri depuis 3 mois, pèse actuellement 10 kgs 400.

A l'entrée, l'état général est médiocre, la température oscille largement entre 38° et 40°.

L'auscultation révèle des foyers de râles fins aux deux bases.

La radiographie montre une *image ganglio-pulmonaire hilare bilatérale*, plus accentuée à gauche ; il s'y ajoute quelques nodules partant du hile gauche.

Les signes généraux persistent ainsi que les signes d'auscultation, 10 jours plus tard une nouvelle radiographie montre une *dissémination nodulaire* dans les deux champs pulmonaires, prédominant dans la moitié inférieure du champ pulmonaire gauche où les images sont confluentes.

Une numération globulaire faite à ce moment montre une légère anémie.

Une sédimentation (méthode de WESTERGREN, FORESTIER) est très accélérée.

1 h. = 33. 2 h. = 80. 24 h. = 115.

La température persiste, le pouls est à 160, la respiration rapide, l'amaigrissement important, jusqu'à la mort qui survient le 29 janvier au cours de convulsions, (notons que trois ponctions lombaires montrèrent un liquide céphalo-rachidien normal) un mois après le début de la coqueluche.

AUTOPSIE :

Cerveau : pas de granulations.

Poumon droit : granulations et nodules bronchopneumoniques, en partie caséifiés.

Poumon gauche : adhérent à la base, également bourré de nodules bronchopneumoniques.

Adénopathie trachéo-bronchique de petit volume.

Cœur : normal.

Foie : 430 grs, nombreuses granulations.

Rate : 60 grs, nombreuses granulations.

Reins : granulations.

Intestins : petites adénopathies mésentériques en partie caséusées.

Estomac : normal.

OBSERVATION 196.

G. Gaston, 2 ans 1/2. Entre à Brévannes le 3 janvier 1938 pour primo-infection tuberculeuse ; a été contaminé par une cousine de la famille atteinte de tuberculose pulmonaire. C. R. positive.

A l'entrée, l'état général est bon, le poids est de 11 kgs. 700, l'examen est négatif sauf la constatation de petites adénopathies axillaires et cervicales et d'une submatité dans la région paravertébrale droite.

Radiographie : à droite, grosse opacité le long du bord droit du cœur et infiltration *micro-nodulaire au sommet* ; à gauche, ensemenement nodulaire discret.

L'expectoration et le liquide gastrique ne contiennent pas de B. K.

Contracte une *très forte coqueluche en septembre 1938*.

La radiographie faite à ce moment, montre le même ensemenement nodulaire, mais l'ombre latéro-trachéale semble plus floue. L'état général est, à ce moment, médiocre, le poids reste stationnaire jusqu'en décembre 1938. A ce moment, grosse aggravation, la température s'élève et oscille entre 38° et 39°, petits foyers de râles sous-crépitaunts dans les deux champs pulmonaires.

15 jours après, apparition de *signes méningés* : raideur de la nuque, signe de Kernig, léger strabisme. La ponction lombaire montre un liquide céphalo-rachidien clair, légèrement hypertendu contenant :

Albumine : 1, -- gr.

Eléments : 118 (quelques polynucléaires, lymphocytes)

B. K. : 2

Repris par les parents, meurt quelques jours après à l'Hospice de la Salpêtrière.

OBSERVATION 197.

N. Emmanuella, 4 ans. Entre le 20 novembre 1936, pour coqueluche datant environ d'un mois. L'enfant a de la fièvre, depuis le début de la maladie, elle crache un

peu. Les quintes sont nettes, mais l'enfant tousse entre les quintes.

La C. R. est positive depuis un an environ. Le contagement semble avoir été déterminé par un oncle actuellement en sanatorium ; d'autre part, un grand-père est mort de tuberculose il y a 2 ans, et la mère a eu une pleurésie il y a 4 ans.

L'état général est médiocre ; poids 13 kgs 600.

Le 22 novembre, la température monte brusquement jusqu'à 40° : on pense d'abord qu'il s'agit d'une complication pulmonaire aiguë, mais les signes d'auscultation sont discrets (quelques râles dans les deux champs pulmonaires) et les signes fonctionnels sont peu marqués. D'autre part, une hémoculture est négative. On pense donc à une dissémination tuberculeuse.

Radiographie : quelques nodules essaimant des deux hiles.

Le 30 novembre, apparition d'un *syndrome méningé* ; la ponction lombaire ramène un liquide hémorragique, par ailleurs normal ; les ponctions lombaires pratiquées par la suite montrent que le liquide céphalo-rachidien s'éclaircit progressivement pour redevenir normal.

Le 18 décembre, une nouvelle radiographie montre un *ensemencement micro-nodulaire bilatéral*, plus marqué à la partie moyenne du poumon droit.

Du 18 décembre au 8 janvier, *l'état général périclité ; la température oscille irrégulièrement, l'amaigrissement est intense ; l'auscultation révèle des râles sous-crépittants dans les deux champs pulmonaires.*

L'enfant meurt le 8 janvier.

Autopsie : Poumon droit : 310 grs. adhérences du poumon à la coupole diaphragmatique. A la face interne, énormes ganglions caséeux. A la coupe, 5 ou 6 gros ganglions hilaires empiétant dans le tiers inférieur et moyen du parenchyme. Le reste du poumon est envahi par des nodules gros comme une tête d'épingle.

Poumon gauche : 230 grs à la coupe, images nodulaires

envahissant tout le poumon, plus grosses que celles du poumon droit.

Cœur : normal.

Foie : 600 grs, aspect cardio-gras, petits nodules à la coupe.

Rate : 92 grs, granulations grosses comme une lentille à la surface et à la coupe.

Reins : congestifs.

Surrénales : normales.

Intestin : nombreuses plaques de Peyer dont deux ou trois nettement hémorragiques.

Cerveau : œdémateux. Aspect congestif et laiteux de la corticalité. Au niveau de la partie supérieure de la scissure de Rolando, quelques veines thrombosées à droite et à gauche.

OBSERVATION 198.

✓ D. Marcelle, 4 ans. Entre à Claude Bernard en mai 1937 pour coqueluche d'intensité moyenne. *La C. R. est positive.*

L'état général est médiocre, grosse hypotrophie. Poids 10 kgs 900.

La température est à 39°8, expliquée par un foyer de râles à la base gauche.

La radiographie montre une ombre opaque, à contours flous à la base gauche, quelques nodules dans la partie supérieure du poumon gauche.

La température persiste irrégulière entre 39° et 40° pendant le mois de juin, il y a un gros amaigrissement (600 grs).

La C. R. positive avant l'entrée est deux fois négative, elle devient à nouveau positive au milieu de juillet.

Le 25 juin, la radiographie montre un ensemencement nodulaire dans les deux champs pulmonaires confluant au sommet droit.

Le 18 juillet, apparaissent des *signes méningés* : hostilité à l'examen, ptosis uni-latéral gauche, attitude

en chien de fusil. Les jours suivants apparaît une parésie du membre inférieur droit, avec signe de Babinski. La ponction lombaire ramène un liquide céphalo-rachidien clair contenant :

Albumine . 0,90 grs
Glucose . 0,38—
Éléments . 123 (tous des lymphocytes)
Pas de B. K.

Les jours suivants, surviennent des crises convulsives, puis des contractures tétaniques, l'enfant meurt le 6 août.

AUTOPSIE : nodules caséeux et granulations miliaires dans *les deux poumons* ; petit épanchement séro-fibrineux à la base droite. Adénopathies trachéo-bronchiques importantes avec ganglion caséeux de la taille d'une noisette.

Foie et Rate : truffés de granulations.

Cerveau : gros placard sur la convexité notamment au niveau du lobe pariétal gauche et du lobule paracentral. Granulations disséminées sur la corticalité.

OBSERVATION 199.

L. Maurice, 5 ans. Entré à Brévannes en avril 1937, pour tuberculose pulmonaire bilatérale. C. R. positive.

Etat général très mauvais ; poids 12 kgs. Polymicro-adénopathies. Otite chronique bilatérale.

Auscultation : matité à la base gauche, râles sous-crépitants plus nombreux après la toux. Foyer de râles humides à la base droite.

Radiographie : *ensemencement micro-nodulaire des deux champs pulmonaires.*

L'expectoration contient des B. K.

Contracte une forte coqueluche un mois après son entrée, 18 à 25 quintes par jour, entraînant souvent des vomissements.

La température déjà irrégulière s'élève à 39°.

Les signes fonctionnels sont intenses, polypnée (48 à 60), cyanose. L'auscultation montre des râles humides dans les deux champs pulmonaires.

L'enfant meurt 1 mois 1/2 après le début de sa coqueluche.

L'autopsie a montré des lésions de *bronchopneumonie tuberculeuse*, un épanchement séro-fibrineux de la base gauche, quelques granulations péritonéales.

Chez ces 7 enfants qui présentaient soit avant la coqueluche, soit pendant la coqueluche, un ensemencement nodulaire des poumons, l'évolution mortelle a toujours été due à une bronchopneumonie tuberculeuse. Ces formes bronchopneumoniques sont toujours d'une extrême gravité ; même en dehors de toute coqueluche qui en réalité ne fait que précipiter une évolution déjà sévère. D'autres facteurs, *intensité de la coqueluche, mauvais état général, association avec d'autres maladies*, n'ont également qu'un rôle secondaire. En effet, ces facteurs, nous l'avons vu, existaient fréquemment dans des cas qui se sont améliorés. Il nous semble donc que l'évolution est celle de la tuberculose dont la gravité a de multiples variantes, la coqueluche ne jouant qu'un rôle secondaire, non étranger cependant au déroulement rapide des événements.

5° — OBSERVATION DE TUBERCULOSE ULCÉRO-CASÉEUSE

Cette forme, relativement rare chez l'enfant, n'a été observée qu'une fois. Les lésions tuberculeuses déjà étendues et graves au moment de la coqueluche

sont restées stationnaires pendant 4 mois. A ce moment, une nouvelle évolution avec apparition d'une caverne droite, a entraîné la mort.

OBSERVATION 200.

C. Eugène, 5 ans. Entre en novembre 1937 à Brévannes, a eu une *coqueluche bénigne en octobre 1937*.

L'état général est assez bon. Poids 14 kgs 900.

La C. R. est fortement positive.

L'auscultation révèle des râles sous-crépitaux dans les deux champs pulmonaires.

La radiographie montre une condensation para-hilaire droite, il existe quelques nodules dans le voisinage des deux hiles.

L'expectoration et le liquide gastrique contiennent *des B. K.*

Pendant 2 mois, l'état général est stationnaire, le poids augmente un peu.

En mars, la température s'élève aux environs de 40°.

L'auscultation montre un *syndrome cavitairé au sommet droit*, l'état général s'aggrave, l'enfant est pâle, l'amaigrissement est important.

La radiographie montre une infiltration non homogène du sommet droit. La base s'est légèrement éclaircie.

L'état général s'aggrave rapidement ; une radiographie faite en juillet montre une cavité au centre de la condensation du sommet droit.

L'enfant meurt en août 1938 à l'Hôpital Trousseau.

L'exposé de ces observations de coqueluche survenant au cours de tuberculose évolutive montre que nous sommes bien loin des chiffres favorables relatés dans notre premier groupe de cas (coqueluche survenant au cours de tuberculose non évolutive).

Cependant, si nous avons enregistré 14 décès (4 chez des enfants atteints de complexe ganglio-pulmonaire; 1 chez un enfant présentant une condensation à type spléno-pulmonaire, 8 chez des enfants atteints de tuberculose nodulaire, 1 chez un enfant atteint de tuberculose ulcéro-caséuse) nous avons constaté une évolution favorable dans les 39 autres cas, et cela malgré parfois la médiocrité de l'état général, l'intensité de la coqueluche, la date récente et l'importance du contag, l'association avec d'autres maladies — en particulier la rougeole — l'apparition de complications pulmonaires aiguës, la négativation temporaire d'une cuti-réaction jusque là positive. Nous ne reviendrons pas sur ces différents facteurs dont nous avons déjà vu le rôle secondaire.

Parmi ces 39 cas, 33 fois l'amélioration a été à la fois clinique et radiologique; 6 fois, l'amélioration clinique a été importante, (reprise de poids, amélioration de l'état général) mais la régression radiologique n'a pas suivi parallèlement.

En résumé, parmi ces 53 enfants chez lesquels la coqueluche est survenue au cours d'une tuberculose nettement évolutive, nous avons enregistré :

- 14 décès, soit 26,4 %
- 33 améliorations complètes, soit 62,4 %
- 6 améliorations incomplètes, soit 11,3 %

Parmi les 200 cas relatés :

- 147 tuberculoses fixées
- 53 tuberculoses évolutives

Nous avons observé :

15 décès, soit 7,5 %

D'autre part :

1 aggravation, soit 0,5 %

6 améliorations incomplètes, soit 3 %

178 améliorations complètes, soit 89 %

Cette statistique va paraître, au premier abord, peu satisfaisante ; en effet, nombreux sont les auteurs qui, tout en considérant la coqueluche comme un facteur d'aggravation important de la tuberculose, ont donné des statistiques moins élevées. Mais nous ferons la remarque suivante : les statistiques habituelles comprennent tous les enfants atteints de coqueluche pendant une période donnée, tandis que nous n'avons retenu que les enfants présentant une cuti-réaction positive.

Si nous tenons compte des 1.979 enfants hospitalisés au Pavillon de la Coqueluche du mois d'avril 1937 au 1^{er} janvier 1941, nous obtenons le rapport suivant :

Décès par tuberculose pendant ou au décours de la coqueluche : 15 sur 1.979, soit, 0,75 %.

D'autre part, pendant cette période, le nombre total des décès au Pavillon de la Coqueluche a été de 111, soit 5,6 %.

Les causes qui ont entraîné la mort ont été :

1° — 15 fois la tuberculose, soit 13,5 %.

9 fois la bronchopneumonie ;

2 fois la méningite ;

2 fois une tuberculose aiguë ;

1 fois une tuberculose ulcéro-caséeuse.

2° — 40 fois la bronchopneumonie aiguë, soit 36 %,

dont 6 avec otite purulente ;

3° — 3 fois la pneumonie franche, soit 2,7 % ;

4° — 13 fois l'oto-mastôidite purulente, soit 11,7 % ;

5° — 36 fois la malignité, soit 32,7 % ;

6° — 1 fois, par quinte asphyxiante, soit 0,9 % ;

7° — 1 fois par hémorragie méningée, soit 0,9 % ;

8° — 1 mort subite, soit 0,9 % ;

9° — 1 gastro-entérite.

La tuberculose n'a été responsable que de 13,5 % des décès observés parmi 1.979 enfants hospitalisés pendant une durée de 3 ans 1/2, au Pavillon de la Coqueluche.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

DIAGNOSTIC

Dans ce chapitre, deux discussions essentielles peuvent être envisagées suivant les circonstances :

D'une part, la discussion du diagnostic de coqueluche ou de tuberculose pulmonaire en présence d'une toux quinteuse dont la nature ne s'affirme pas;

d'autre part, la coqueluche et la tuberculose étant reconnues, la discussion des caractères évolutifs de la tuberculose dont la distinction reste à faire avec les manifestations du « poumon coquelucheux ».

Si jadis les auteurs discutaient fréquemment, au cours de la seconde enfance, le diagnostic entre la coqueluche et l'adénopathie trachéo-bronchique, tuberculeuse ou non, ce problème ne se pose plus guère aujourd'hui. En pratique, la toux coqueluchoïde à cet âge n'est presque jamais due à un com-

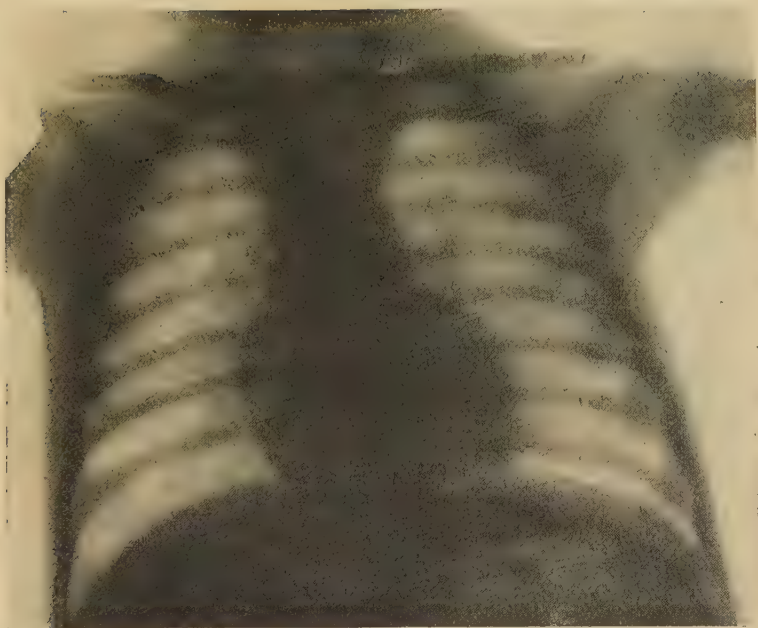
plexe primaire ganglio-pulmonaire, et elle doit presque toujours être rapportée à la coqueluche. Par contre, chez le nourrisson, ce diagnostic se pose plus souvent. En effet, ce n'est guère à l'hypothèse d'une tumeur du médiastin, d'un œdème pulmonaire subaigu curable, voire même d'une trachéo-bronchite spasmodique grippale, que l'on s'arrête, mais bien à l'idée d'une tuberculose ganglio pulmonaire, devant une toux quinteuse qui ne fait pas sa preuve. Il n'est pas d'année où, à l'hôpital Claude-Bernard, ne soient admis, au Pavillon de la coqueluche, des enfants, atteints en réalité d'une tuberculose pulmonaire.

Deux cas vont illustrer ces faits.

M. André, 2 mois 1/2. L'enfant est admis à l'Hôpital Claude-Bernard en juillet 1938 pour toux quinteuse ; les accès de toux sont très longs, l'enfant se cyanose et rejette des mucosités ; entre les quintes existe une toux monoliforme, sèche, favorisée par les mouvements.

L'enfant est né à terme, a été bien portant jusqu'à ces derniers jours ; une enquête minutieuse ne révèle pas de contact avec un coquelucheux, mais révèle que l'enfant a vécu du 5 au 12 juin avec son grand-père atteint de tuberculose pulmonaire.

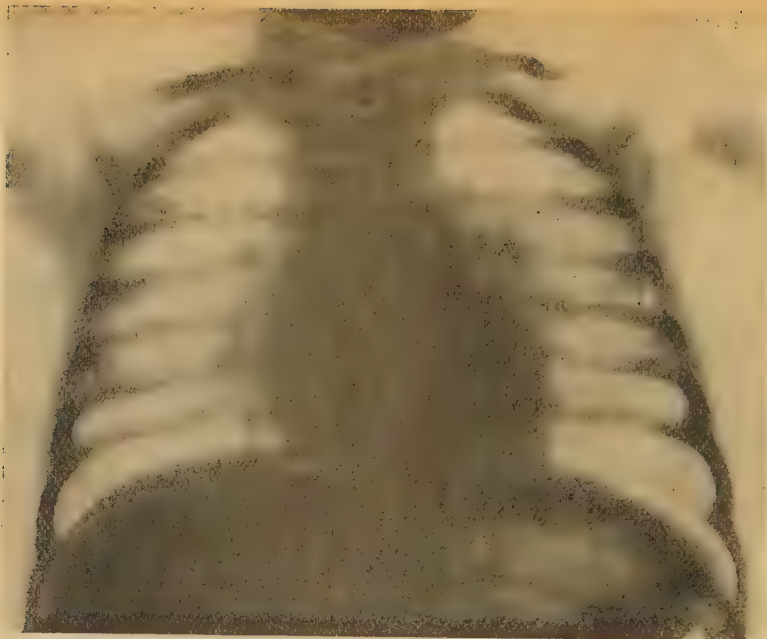
Le diagnostic reste hésitant pendant 1 mois : en effet, bien que la coqueluche semble difficile à affirmer, la *C. R. est négative et la radiographie pulmonaire absolument normale*. (Voir radiographie 13).



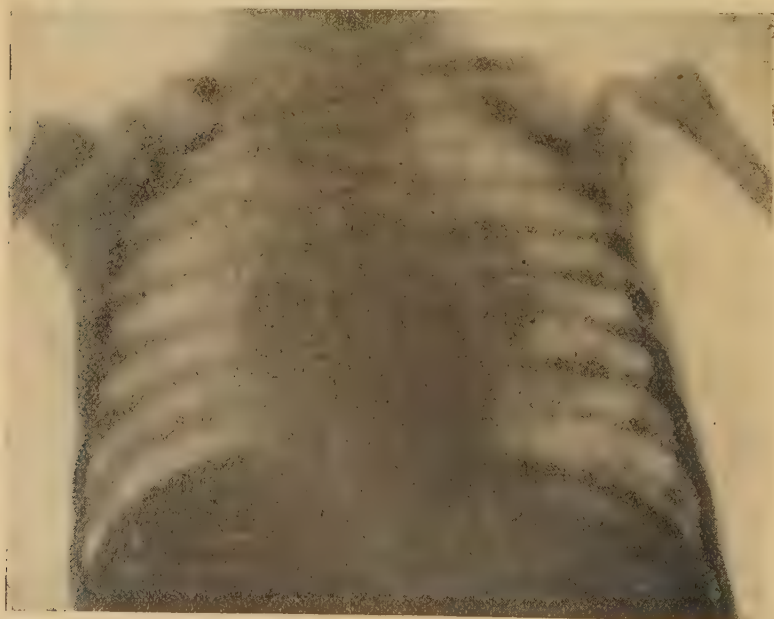
RADIOGRAPHIE 13. 17-7-38. — M. André, 2 mois 1/2. Toux coqueluchoïde. Pas de contagé avec un coquelucheux, contagé au mois de juin (5 au 12) avec grand-père atteint de tuberculose pulmonaire. C. R. négative. Radiographie normale.

Un mois après son hospitalisation, la C. R. devient positive. Il est à remarquer que la période ante-allergique a été ici de 2 mois 1/2. La radiographie montre une image ganglio parenchymateuse bilatérale à prédominance gauche (voir radiographie 14).

On peut donc affirmer le diagnostic de tuberculose, l'évolution se fit d'ailleurs vers une bronchopneumonie tuberculeuse qui évolua d'une seule tenue pendant 8 mois jusqu'à la mort. (Voir radiographie 15).



RADIOGRAPHIE 14. 14-8-38. — M. André, 2 mois 1/2. La C. R. devient positive. Complexe ganglio-pulmonaire hilaire bilatéral.



RADIOGRAPHIE 15. 19-9-38. — M. André. Ensemencement micro-nodulaire bilatéral.

C. Yvonne, 8 mois. Est admise en octobre 1937 au pavillon de la coqueluche pour toux coqueluchoïde apparue il y a 15 jours.

L'état général est bon, l'enfant a été bien portante jusqu'à ces derniers temps ; les parents sont en excellente santé.

Le diagnostic de coqueluche semble difficile à affirmer, en effet, l'enfant tousse entre les quintes, et il n'existe pas de contact avec un coquelucheux.

Cependant, la C. R. est négative ; pourtant l'enquête nous apprend qu'une voisine actuellement soignée pour tuberculose pulmonaire a gardé l'enfant de temps à autre pendant le mois de septembre.

Une seconde C. R. (faite 10 jours après) se montre alors positive ; d'autre part, la radiographie montre une image ganglio-parenchymateuse hilare droite.

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire est alors porté, confirmé par les signes généraux, gros amaigrissement contrastant avec l'appétit conservé et l'absence de vomissements, température oscillant entre 38°5' et 40°.

L'évolution a été rapide et a abouti à la mort par bronchopneumonie caséeuse en 1 mois 1/2.

Ces deux observations montrent les difficultés du diagnostic. Les caractères de la toux (la reprise faisant souvent défaut dans la coqueluche du nourrisson), l'analyse attentive des clichés radiologiques ne permettent pas toujours au diagnostic de s'affirmer.

Seule l'existence d'une cuti-réaction positive doit éveiller les soupçons en faveur d'une tuberculose. Mais ainsi que nos observations précédentes l'ont montré, cette épreuve peut quelquefois n'être pas concluante si l'on se trouve à la période ante-aller-

gique. En effet, l'intervalle entre la contamination et l'apparition de la première réaction tuberculinique positive est des plus variables : parfois quelques semaines, il peut être de plusieurs mois (2 mois 1/2 dans notre première observation).

Une étude attentive de l'évolution, la répétition des cuti-réactions permettent seules d'affirmer par la suite le diagnostic.

Toutefois c'est en présence de cas semblables, que les examens complémentaires prennent toute leur importance :

1° — *la recherche du bacille de Bordet-Gengou* pratiquée par la méthode d'ensemencement par projection des gouttelettes sur milieu pomme de terre glyceriné salé au sang, montre les colonies caractéristiques en deux à trois jours. Malheureusement, si le bacille de Bordet-Gengou est abondant surtout au stade catarrhal de la coqueluche, à ce moment, la maladie considérée souvent comme un simple rhume n'inquiète pas les parents, et c'est seulement lorsque les quintes ont fait leur apparition que nous voyons les enfants. Cependant, il nous a été possible de retrouver le *cæco* bacille de Bordet-Gengou à la période des quintes, mais, à ce moment, de nombreuses colonies saprophytes apparaissent, et un examen négatif ne peut pas faire éliminer le diagnostic de coqueluche.

2° — *l'examen de la formule sanguine* a un gros intérêt. La coqueluche s'accompagne en effet, habi-

tuellement, d'une leucocytose sanguine essentiellement liée à une importante élévation du taux des lymphocytes. FRÖHLICH et MEUNIER ont, les premiers, insisté sur cette modification de la formule sanguine, qui a été récemment étudiée par R. DEBRÉ, M. LAMY, J. BERNARD et J. WELT. Ces auteurs ont observé au cours de la coqueluche une leucocytose importante sous la dépendance très remarquable d'éléments mononucléés : ces modifications apparaissent, en général, avant le début de la 2^e semaine, pour devenir très nettes dans le courant de la 2^e et de la 3^e semaine, au moment où la toux prend un caractère quinteux.

Pour être valable pour le diagnostic de la coqueluche, la leucocytose doit être, chez le grand enfant, égale ou supérieure à 15.000 avec 50 % de mononucléaires ; chez un enfant de moins de 2 ans, la leucocytose doit être supérieure à 20.000 éléments avec une mononucléose supérieure à 50 %.

Une telle leucocytose avec mononucléose si importante s'observe dans d'autres affections, mais la plupart d'entre elles ne se traduisent pas par la toux. L'examen hématologique peut donc apporter une aide très efficace au diagnostic de la coqueluche. Mais cette méthode est, d'ordinaire, en défaut pendant la première semaine qui suit le début de la toux.

3° — *la réaction de déviation du complément* est habituellement toujours positive à la quatrième semaine de la période des quintes. Il est parfois utile de la rechercher pour confirmer un diagnostic de coqueluche ou dépister une forme anormale de la

maladie. A cette période, on ne peut guère compter sur le diagnostic bactériologique, l'expectoration de gouttelettes projetées par la toux ne renfermant qu'exceptionnellement des bacilles de Bordet-Gengou. Cette méthode est d'ailleurs peu en usage, mais pourrait cependant fournir, dans certains cas, un appoint diagnostique important.

Le diagnostic de coqueluche une fois affirmé, la cuti-réaction à la tuberculine permettant de dépister la tuberculisation antérieure, *il faut dresser l'inventaire des lésions tuberculeuses*. S'agit-il d'une lésion ancienne, cicatricielle, fixée, d'une primo-infection latente occulte, ou au contraire s'agit-il d'une tuberculose pulmonaire nettement évolutive ?

Les données cliniques recueillies au lit de l'enfant ont certes de la valeur. L'état général est important à considérer, cependant bien souvent nous voyons dans les milieux hospitaliers des enfants hypotrophiques qui ne sont pas pour cela des tuberculeux évolutifs. L'examen de la courbe thermique a de l'importance, cependant, une fébricule légère est très fréquente dans la coqueluche même non compliquée. Mais une fièvre élevée, soit oscillante, soit sans grosse dénivellation, ou des clochers thermiques fréquents, que n'expliquent pas une complication aiguë (adénite, otite, foyer pulmonaire) peuvent orienter l'esprit vers une tuberculose évolutive. La courbe de poids a de la valeur : en effet, si la fréquence des vomis-

sements à la suite des quintes n'explique pas un amaigrissement constant et que celui-ci contraste avec une conservation de l'appétit, l'attention doit être attirée vers une lésion tuberculeuse. D'autre part, l'augmentation du foie et de la rate, une diarrhée légère mais tenace sont des signes importants.

Les signes fonctionnels, essentiellement variables n'ont qu'une valeur d'appoint. En effet, même en cas de lésion pulmonaire importante, la dyspnée reste, en général, modérée, sans aucun rapport avec celle d'un foyer pulmonaire aigu, la cyanose est discrète.

Les signes physiques dépendent de la lésion en cours. Mais l'examen capital, est la *radiographie* répétée à plusieurs jours ou semaines d'intervalle, cet examen va parfois permettre le diagnostic entre *tuberculose fixée* et *tuberculose évolutive*.

Dans le premier cas, on trouve un élargissement hilaire, quelques calcifications disséminées, une zone parenchymateuse un peu moins transparente que le reste du poumon, une coupole diaphragmatique oblique ou horizontale avec un sinus costo-diaphragmatique fermé, des traînées fibreuses le plus souvent inter-cléido-hilaires.

Quand il s'agit d'une tuberculose évolutive, on peut trouver une image des plus variées : ombres plus ou moins homogènes à point de départ hilaire ; ensemencement nodulaire essaimant en général d'un hile ; condensation homogène ou non à contours nets ou flous dans une zone parenchymateuse ; lobite le plus souvent supérieure droite à point de départ scissural,

respectant en général l'extrême sommet et régressant du sommet vers la scissure. Certes, le tableau des lésions radiologiques n'est qu'ébauché, la plus grande diversité d'images peut être rencontrée, mais cela nous entraînerait trop loin de vouloir les décrire.

Une image semblable, associée à des troubles de l'état général, incite à penser à une tuberculose ; nous verrons bientôt quels sont les diagnostics que l'on peut discuter au vu de ces images. Mais, il faut rappeler la valeur des *examens de laboratoires* qui peuvent orienter vers le diagnostic de tuberculose *évolutive*.

La recherche de B. K. doit être faite avec le plus grand soin ; l'examen de l'expectoration est parfois négatif, mais le lavage d'estomac donne des résultats plus précis. Cette recherche a été positive dans 25 de nos cas de tuberculose évolutive. L'examen des selles, souvent plus facile à pratiquer chez un enfant nerveux qui redoute le tubage, a aussi une grande valeur. A ce propos, il faut signaler que, dans plusieurs cas, malgré des lésions radiologiques importantes, nous n'avons trouvé des B. K. dans les crachats que pendant l'évolution de la coqueluche. La méthode étant identique, pratiquée par la même personne, il nous semble que la coqueluche remaniant les lésions antérieures peut en favorisant l'expectoration amener une véritable décharge de bacilles.

Certes, dans bien des cas, un examen minutieux du malade conduit au diagnostic de tuberculose pulmonaire et permet de faire le bilan des lésions, mais ce but n'est pas toujours facile à atteindre et, plusieurs affections peuvent prêter à erreur, cliniquement et radiologiquement.

Tout d'abord, le diagnostic peut être malaisé avec les *lésions spécifiques de la coqueluche* « le poumon coquelucheux ». Au cours d'une coqueluche, tantôt grave avec des quintes nombreuses, tantôt bénigne et discrète, on peut voir apparaître, de la température soit fébricule légère autour de 38°, soit même accès fébriles à 39°. L'auscultation révèle tantôt de simples râles de bronchite disséminés dans les deux champs pulmonaires, ou localisés aux bases, tantôt des signes plus nets : foyer de râles sous crépitants fins, ou à grosses bulles, siégeant avec une fréquence particulière aux deux bases. La radiographie montre des images très variables : soit un élargissement et un aspect ramifié de la bronche inférieure droite (KÖHLER, GRÖDEL, ASSMANN, DUKEN); soit des modifications dans les mouvements et la forme du diaphragme et une diminution de la transparence pulmonaire (GOTTLIEB et MÖLLER). Parfois, une accentuation de la trame de la région hilare avec des cordons ramifiés et des formations arrondies à ce niveau (PINCHERLE).

R. DEBRÉ et ses collaborateurs ont observé les images suivantes : « à droite, une ombre qui siège dans la région sous hilare, para médiastinale, des-

cend en coulée le long du bord droit du cœur depuis le hile jusqu'au diaphragme et vient combler l'angle cardio-phrénique. Quelquefois l'ombre s'étend en dehors au-dessus de la coupole jusqu'au sinus costo-diaphragmatique. Souvent, l'image est plus limitée et occupe seulement la région sous-hilaire dessinant grossièrement la forme d'un triangle, dont la base est formée par la coupole diaphragmatique et dont la pointe rencontre la ligne médiane à la hauteur de la région hilare. Plus souvent encore, l'aspect triangulaire n'est qu'ébauché et l'ombre ne descend pas jusqu'à la coupole diaphragmatique. La densité de l'ombre n'est pas homogène et l'on peut voir, à travers une plage relativement peu dense, transparaître des travées plus opaques.

« A gauche, à cause de la présence de l'ombre cardiaque, l'image est assez différente ; elle déforme le contour du cœur, lui donne un aspect peu net des limites diffuses, estompe les bords et la pointe et se termine au-dessus de la coupole diaphragmatique en pinceau d'ombres floues.

« Ce sont les aspects les plus communs, mais il existe d'autres images soit isolées, soit associées aux précédentes, et tout d'abord une image dense, homogène, en équerre, de la région juxta-médiastinale inférieure droite.

« D'autre part, nous avons noté l'existence d'une ombre large occupant non la zone sous-hilaire, mais la région hilare elle-même, et qui se prolongeait en haut et au dehors par d'épaisses traînées irrégulières ».

Ces constatations pulmonaires au cours de la coqueluche, ont été signalées tout d'abord par POSPISCHILL. Sa description a été reprise par son élève FEYRTER, puis par GOTTCHE et EROS, par KOHLER, ASSMANN, GRÖDEL, DUKEN. Plus récemment, R. DEBRÉ a insisté sur ces faits, encore mal connus des auteurs français. Les thèses récentes de CUZIN et de MASSELOT étudient ces différentes altérations.

La fréquence de ce syndrome clinique et radiologique est considérée comme très grande par certains auteurs. C'est ainsi que HUNNERMAN donne la proportion de 57 %, GOTTCHE 40 %. R. DEBRÉ déclare le rencontrer dans 50 % des formes légères de coqueluche et le considère comme presque constant dans les formes sérieuses et prolongées de la maladie. Dans les coqueluches graves, intenses, de longue durée, nous partageons cette opinion, et nous avons retrouvé presque constamment ces images ; par contre, elles nous ont paru exceptionnelles dans les formes bénignes.

D'autre part, à ce syndrome clinique et radiologique, viennent parfois se surajouter des signes fonctionnels dont le plus important est l'apparition d'une *expectoration purulente*. Ce symptôme apparaît généralement 8 à 10 jours après la première quinte nette ; cette expectoration atteint alors rapidement une grande abondance, 30 à 50 cm³ par jour, parfois même 80 à 100 cm³, et va persister de façon variable, tantôt quelques jours, tantôt plusieurs semaines. C'est dans ces cas que l'on trouve d'ordinaire des signes physiques et radiologiques.

Les signes stéthacoustiques sont variables pourtant : tantôt simples râles de bronchite disséminés, mais parfois on perçoit un véritable *syndrome pseudo-cavitaire* avec souffle intense, perçu aux deux temps de la respiration, à timbre creux¹, ce souffle est souvent isolé, parfois entouré de râles sous-crépitaux à grosses bulles. Le plus souvent, ces signes d'auscultation siègent à une base, en général à droite.

Les signes généraux sont variables là aussi ; tantôt simple fébricule, tantôt fièvre oscillante ; l'amaigrissement est de règle, en général modéré.

La radiographie montre des images en tous points semblables à celles que nous avons longuement décrites lors de notre étude du poumon coquelucheux. Si l'on veut apprécier l'état exact des lésions, il est absolument indispensable de faire une *radiographie des bronches après injection intra-trachéale de lipiodol*. Dans un certain nombre de cas, on voit apparaître des images comparables à celles de la dilatation des bronches ; le plus souvent dilatation cylindrique, en doigt de gant, plus rarement dilatation ampullaire touchant toujours les bronches du pédicule inférieur. En général, cette image est bilatérale, parfois elle prédomine d'un côté. Ce syndrome a été récemment bien précisé par M. R. MARQUEZY, C. LAUNAY, J. LEMOINE et Mlle E. MAGE surtout au point de vue radiologique.

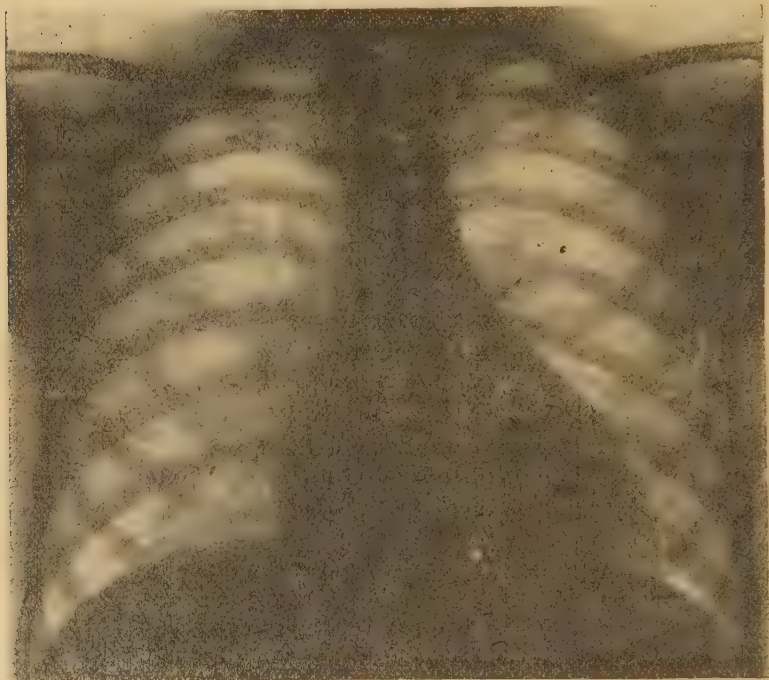
Pour ces auteurs, cette augmentation de calibre des bronches n'est pas constante, ils ne l'ont retrouvée que 15 fois sur 29 après injection intra-trachéale de

lipiodol. D'autre part, ils ont insisté sur le fait qu'il s'agit bien plus d'une distension aiguë des bronches que d'une véritable dilatation des bronches en rapport avec un trouble fonctionnel vaso-moteur ; en effet, les radiographies des bronches après injection de lipiodol leur ont montré la *disparition totale de ces images* dans un délai de quelques semaines à deux ou trois mois.

L'exposé des signes radiologiques du « poumon coquelucheux » isolés ou associés à une distension bronchique avec expectoration purulente montre les difficultés de diagnostic lorsque ces symptômes se rencontrent, et le fait n'est pas rare, chez un enfant dont les réactions à la tuberculine sont positives. Ces symptômes sont alors souvent confondus avec des foyers tuberculeux.

En effet, les signes généraux, température oscillante, amaigrissement, ne permettent pas de faire le point de départ. Quand les signes d'auscultation se résument à de simples râles de bronchite, le diagnostic est aisé ; mais, lorsque l'oreille perçoit un foyer de râles sous-crépitants, et surtout un syndrome pseudo-cavitaire associé à une expectoration purulente, le diagnostic peut paraître difficile. Cependant, le caractère du souffle, son timbre creux, nous semble bien spécial à la distension bronchique, d'autre part, l'aspect et l'abondance de l'expectoration purulente sont aussi très particuliers ; l'examen de cette expectoration reste le plus souvent négative, mais il nous a été donné d'observer un cas où la pré-

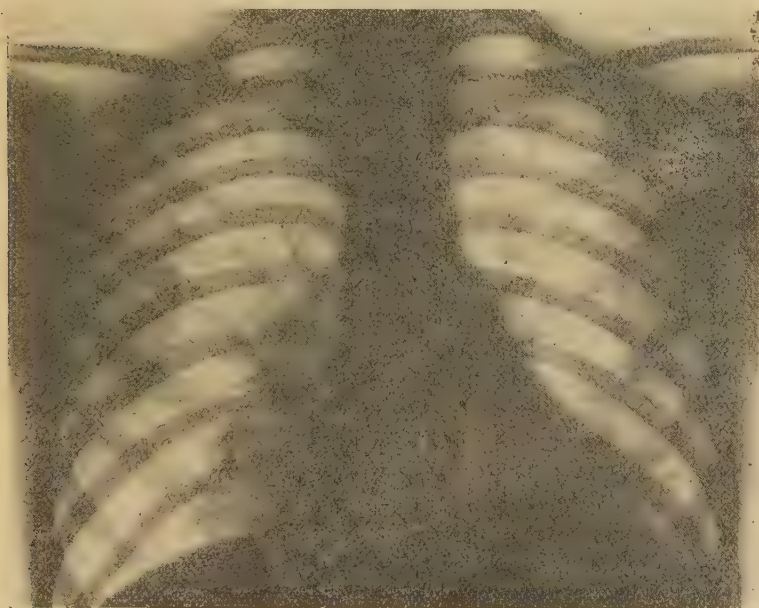
sence de B. K. a été remarquée. Malgré les recherches les plus minutieuses, ce fait est resté sans lendemain et nous a permis de conclure à une simple décharge de bacilles, due au remaniement des lésions antérieures par cette bronchite purulente.



RADIOGRAPHIE 16. 19-11-40. — L. Christianne, 9 ans. A présenté une primo-infection, avec image ganglio-pulmonaire au niveau du hile droit en 1937. Actuellement, très bon état général, C. R. + ; la radiographie montre une image cicatricielle du complexe primaire droit.

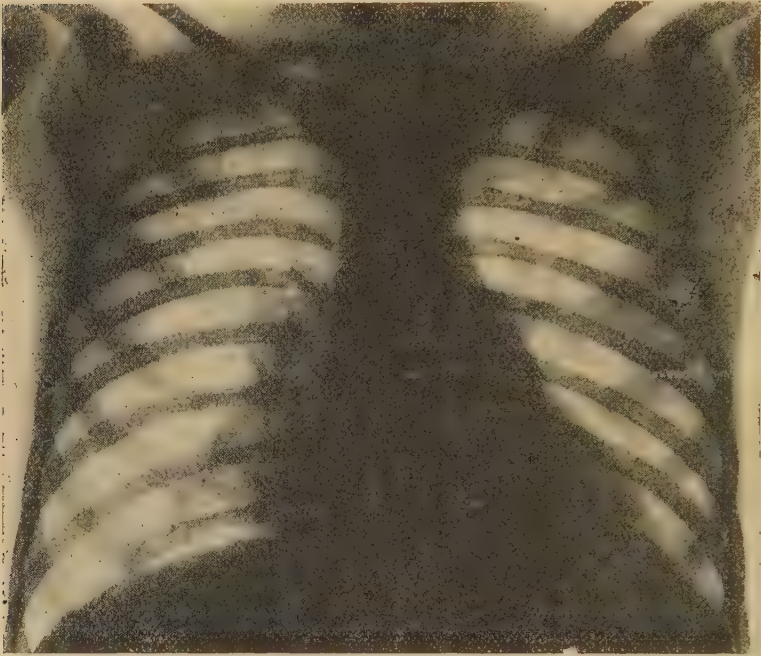
Les aspects radiologiques du poumon coquelucheux et du poumon tuberculeux sont aussi très différents. Sans doute, certains foyers tuberculeux au

niveau de la région para-hilaire peuvent réaliser un aspect comparable, mais il est rare que le foyer tuberculeux atteigne le diaphragme, et d'autre part, l'image qui le traduit s'écarte d'ordinaire de l'ombre cardiaque en réalisant un aspect « en aile de papillon ». La tuberculose ne débord guère dans la région sous-hilaire où prédominent les lésions coquelucheuses réalisant de véritables coulées para-cardiaques jusqu'au diaphragme. Dans les cas difficiles, (voir radio 16-17-18) l'évolution viendra confirmer le



RADIOGRAPHIE 17. 15-1-41. — L. Christianne. Coqueluche d'intensité moyenne au début de janvier 41. C. R. devient négative. Opacité sous-hilaire droite, le long du pédicule broncho-vasculaire inférieur, atteignant le diaphragme, comblant l'espace inter-vasculo-cardiaque.

diagnostic ou l'infirmier. En effet, les symptômes cliniques ou radiologiques auxquels donne lieu le poumon coquelucheux régressent en quelques semaines ;



RADIOGRAPHIE 18. 18-3-41. — L. Christianne. A présenté une expectoration purulente pendant un mois, avec atteinte de l'état général. Actuellement l'état général est bon. La C. R. a été négative pendant 6 semaines, est actuellement redevenue positive. La radiographie montre une légère régression de l'opacité sous-hilaire droite. Il s'agit donc bien d'une lésion coquelucheuse et non d'un réveil de la tuberculose antérieure.

l'expectoration purulente de la distension bronchique se tarit, tandis que l'état général s'améliore rapidement, avec reprise de poids.

De même, les lésions spécifiques de la coqueluche

s'effacent en quelques semaines, au maximum quelques mois, tandis que celles révélatrices d'un foyer tuberculeux persistent plus longtemps, un an ou même plus, avant de disparaître.

Un autre diagnostic, que nous allons maintenant discuter est celui de *bronchopneumonie traînante*, « *pseudo-tuberculeuse* » ; le tableau de cette affection, que nous trouvons amplement décrit dans les traités de pédiatrie, nous semble assez rare. En voici la description selon Henri ROGER :

« L'habitus extérieur de l'enfant est celui des états morbides où l'organisme est profondément altéré ; le teint est d'une pâleur mate et livide, les joues sont plaquées de rouge bleuâtre, la face est amaigrie, les yeux cernés et comme enfoncés ; l'enfant, constamment au lit ou dans les bras, prostré, somnolent, est réveillé par des quintes, la plupart courtes, étouffées, sans reprises, sans vomissements.

« Dans l'intervalle des accès, il respire vite et mal, dans l'accès lui-même, il suffoque et après quelques secondes d'agitation convulsive, il retombe dans sa torpeur. L'émaciation est extrême, et le faciès est celui d'un petit vieillard, les membres sont grêles, les chairs flasques, il y a des sueurs profuses surtout aux membres supérieurs, à la poitrine et à la tête ; la diarrhée augmente la consommation ».

A ce tableau clinique s'ajoute des signes d'auscultation : zone de matité à la percussion, souffle tubo-

creux, râles humides très nombreux et disséminés, ressemblant en certains points à des gargouillements; tous ces signes font penser à une tuberculose pulmonaire.

La gravité de la bronchopneumonie à marche traînante est très grande et la mort en est la terminaison habituelle après 1 à 2 mois. La guérison presque inespérée a pu cependant être obtenue dans quelques cas après une longue convalescence.

A la vérité, nous avons rarement observé ce tableau clinique chez nos coquelucheux, cependant, il est apparu indiscutable dans certains cas, tels que dans l'observation suivante :

S. Emile, 3 ans 1/2. Entre au Pavillon Teissier le 7 janvier 1941 pour coqueluche grave. Les antécédents ne sont pas connus ; la C. R. est négative.

Dès l'entrée, les signes fonctionnels sont importants, cyanose, battements des ailes du nez, polypnée (92), la température est à 38°, le pouls à 180.

A l'auscultation, nombreux râles sous-crépitaux dans les deux champs pulmonaires, plus marqués à gauche.

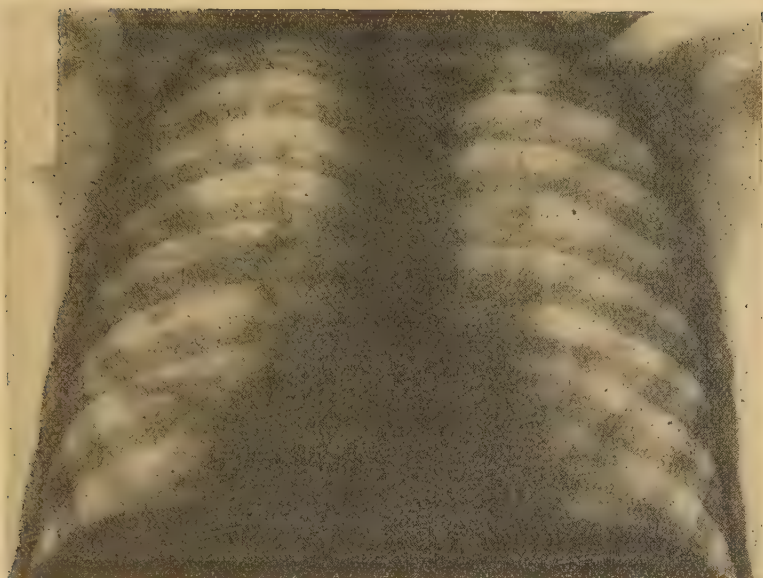
L'état général est bon, le poids de 12 kgs 150.

La radiographie montre une ombre latéro-cardiaque droite descendant jusqu'au diaphragme.

Cet état persiste jusqu'au 12 janvier, la température, à ce moment, s'élève à 39°5°.

L'examen pulmonaire montre une matité de la base droite, à ce niveau un souffle tubaire et de nombreux râles sous-crépitaux sont perçus.

La radiographie montre une extension de l'ombre latéro-cardiaque droite, et deux bandes d'opacification non homogène, à limites floues, aux parties moyennes et inférieures du poumon gauche (voir radiographie 19).



RADIOGRAPHIE 19. 18-1-41. — S. Emile. Forte coqueluche en janvier 1941. La C. R. est négative, a toujours été négative. Bronchopneumonie traînante pseudo-tuberculeuse. Le diagnostic est difficile cliniquement, en raison de l'altération de l'état général, des signes d'auscultation de l'image radiologique. L'autopsie a confirmé le diagnostic de bronchopneumonie subaiguë pseudo-tuberculeuse.

Du 13 janvier au 1^{er} février, les signes généraux et les signes pulmonaires persistent, l'état général s'altère.

Le 1^{er} février, éruption importante de pemphigus.

Du 1^{er} au 5 février, légère amélioration de l'état général, la température retombe à 38°, l'enfant est moins abattu; à l'examen pulmonaire, le souffle persiste très net à la base gauche, mais les râles sont moins nombreux.

La radiographie montre un nettoyage de l'image pulmonaire gauche.

Cependant, la température remonte à 39°, l'état

général s'aggrave à nouveau : l'enfant est plongé dans une torpeur permanente, la dyspnée est intense, l'amaigrissement important, le faciès terreux, plombé.

L'enfant meurt le 14 février.

L'autopsie a montré :

Poumons : lésions de *bronchopneumonie subaiguë* nettes, plus accentuées à gauche ; pus dans les bronches ; à droite, au sommet, aspect blanchâtre sans modification de la densité pulmonaire.

Aucun ganglion caséeux hilare, aucune lésion tuberculeuse.

Foie : 430 grs congestif.

Rate : aspect normal.

Cette observation montre la difficulté du diagnostic entre la bronchopneumonie traînante et les foyers tuberculeux avant l'usage systématique des réactions à la tuberculine.

Les signes généraux, température irrégulière, amaigrissement, ne permettent pas le diagnostic. Les signes fonctionnels, peut-être plus intenses dans la bronchopneumonie subaiguë, n'ont pas de valeur absolue, de même que les signes d'auscultation. L'image radiologique vient encore compliquer le problème : en effet, les ombres floues, non homogènes, peuvent simuler un foyer tuberculeux ; certes, les réactions à la tuberculine pourraient être négativées du fait de l'anémie coquelucheuse, cependant, il est rare d'observer ce fait pendant une durée si longue. Dans certains cas, seule l'autopsie tranchera le débat.

Il est encore d'autres affections dont l'origine coquelucheuse ou tuberculeuse peut être discutée : *les pleurésies observées au cours de la coqueluche.*

MIKULOWSKI a déjà insisté sur ces pleurésies coquelucheuses, et il dit que bien souvent la ponction pratiquée systématiquement ramène un liquide séro-fibrineux, aseptique ; pour lui, ces pleurésies sont passagères, et d'origine coquelucheuse.

R. DEBRÉ signale également que l'atteinte de la plèvre n'est pas exceptionnelle ; il a constaté, dans un cas, une oblitération du cul-de-sac costo diaphragmatique, dans un autre cas, un épaississement de la scissure interlobaire droite.

Les signes d'atteinte pleurale discrète sont extrêmement fréquents sur les radiographies de coquelucheux, nous les avons retrouvés dans de nombreux cas, les véritables pleurésies sont plus rares ; toujours peu importantes elles se révèlent par la submatité et se résorbent rapidement. Le diagnostic de leur nature ne souffre aucune difficulté lorsque la C. R. est négative mais lorsque cette épreuve est positive on est en droit de discuter leur origine tuberculeuse. Il nous a été donné d'observer récemment un cas qui vient particulièrement illustrer les faits :

Il s'agit d'une fillette de 10 ans, hospitalisée en novembre 1940 au Pavillon Teissier, pour coqueluche. La C. R. est positive, l'état général excellent, la température normale. Un examen minutieux révèle un syndrome pleurétique discret à la base droite. La radiographie montre un cul-de-sac costo-diaphragmatique droit comblé, une diminution de transparence de la base droite dont la limite supérieure est oblique en haut et en dehors. La ponction ramène

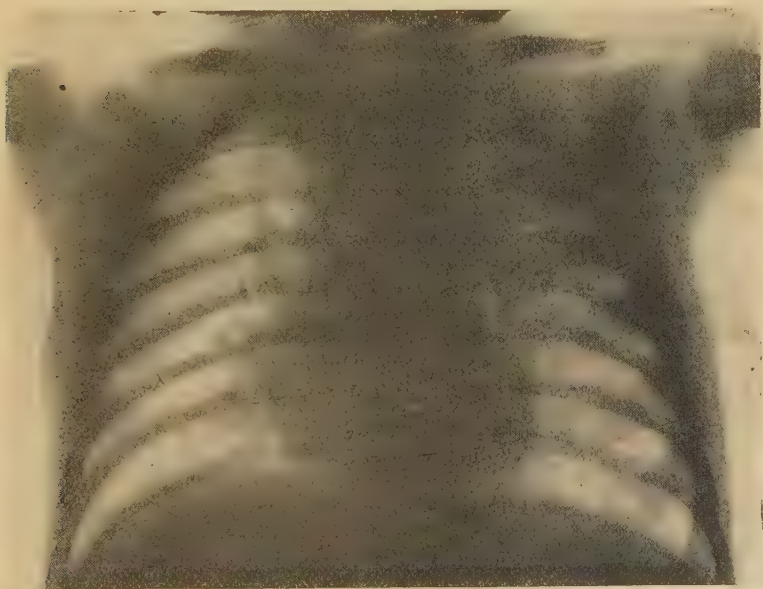
quelques cm³ de liquide séro-fibrineux. Est-ce une pleurésie tuberculeuse compliquant la coqueluche chez cette enfant à C. R. positive, est-ce une pleurésie coquelucheuse ? Nous croyons pouvoir affirmer ce second diagnostic, en effet, l'état général est excellent, la température normale, il n'y a pas d'amaigrissement. Le laboratoire est venu confirmer notre diagnostic clinique : une inoculation au cobaye, un ensemencement du liquide sur milieu de LOWEINSTEIN sont restés négatifs et nous avons ainsi pu affirmer qu'il s'agissait d'une pleurésie coquelucheuse et non d'un exsudat tuberculeux.

Cet exemple n'est pas unique. Nous avons observé plusieurs fois des cas semblables. Jamais, il n'y a eu ultérieurement d'évolution tuberculeuse. Mais le diagnostic est difficile : la constatation d'un épanchement pleural chez un enfant dont les réactions à la tuberculine sont positives, fait en général conclure à une pleurésie tuberculeuse. Cependant, dans les cas que nous avons observés, l'état général parfaitement conservé, le peu d'abondance du liquide, sa résorption rapide font penser à une pleurésie coquelucheuse ; mais c'est surtout le laboratoire qui permet d'affirmer le diagnostic dans les cas douteux. (Inoculation au cobaye, culture sur milieu approprié du liquide pleural).

Dans certains cas enfin, bien que plus rarement, le diagnostic entre un *foyer tuberculeux* et *foyer aigu* peut être malaisé. En général, cependant les signes

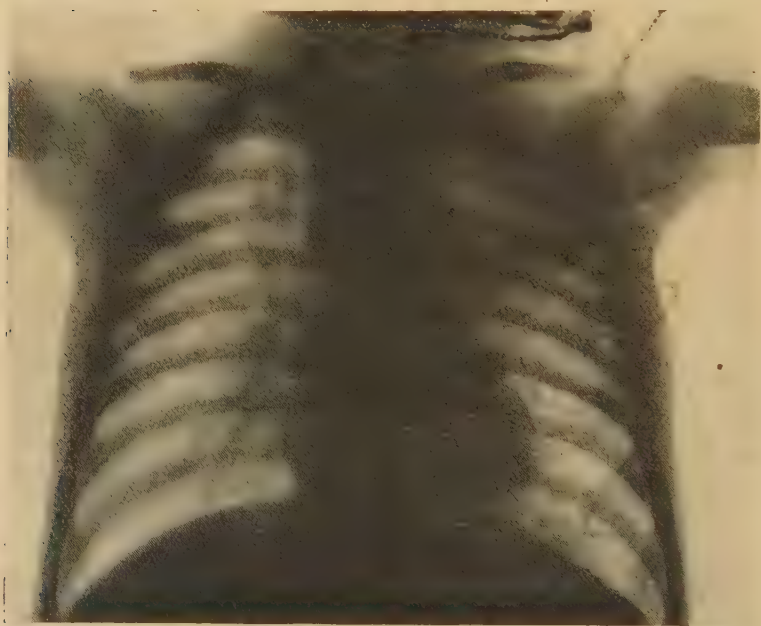
fonctionnels sont plus intenses en cas de foyer aigu, la dyspnée et la polypnée importantes s'accompagnent de battements des ailes du nez, la cyanose est marquée, la température plus élevée. Cependant, récemment encore, notre diagnostic est resté hésitant pendant plusieurs jours, en face d'un cas semblable : il s'agissait d'un nourrisson de 6 mois amené au Pavillon Teissier pour une coqueluche typique. La C. R. était *fortement positive*, le contage certain, la température aux environs de 40°, les signes fonctionnels très intenses.

La radiographie montre une ombre en casque occupant le tiers supérieur du poumon gauche, très



RADIOGRAPHIE 20. 17-1-41. — R. Jean, 6 mois. Coqueluche typique. C. R. fortement positive. Ombre en casque occupant le 1/3 supérieur du poumon gauche. Diagnostic difficile entre foyer aigu et évolution tuberculeuse.

homogène à limites nettes. Certes, les signes généraux et les signes fonctionnels font penser à un foyer aigu, mais l'image radiologique ne permet pas d'affirmer ce diagnostic. Cependant, un nouveau cliché, 10 jours après, montre une *régression très importante de cette ombre*, ce qui vient confirmer le diagnostic de



RADIOGRAPHIE 21. 28-1-41. — R. Jean, 6 mois. 11 jours après, malgré la persistance des signes généraux et des signes fonctionnels, la radiographie montre un éclaircissement de l'ombre régressant du sommet vers la base, venant confirmer le diagnostic de foyer pulmonaire aigu.

foyer pulmonaire aigu. Malgré le nettoyage radiologique, les signes généraux et fonctionnels persistent graves, et l'enfant meurt 3 semaines après son entrée. L'autopsie n'a pas été possible.

Des cas semblables ne sont pas rares, cependant, outre les caractères des signes fonctionnels et des signes généraux, c'est, en général, la régression rapide de l'image radiologique qui permet de trancher le diagnostic. D'autre part, la recherche de B. K. dans l'expectoration et le liquide gastrique ne doit jamais être négligé, quoique l'on connaisse la difficulté de cette recherche chez le nourrisson.



En résumé, les rapports de la coqueluche et de la tuberculose peuvent souvent être discutés du point de vue clinique.

1° — *Le diagnostic entre coqueluche et tuberculose pulmonaire peut se poser.* La toux coqueluchoïde est quelquefois le premier signe d'une lésion ganglio pulmonaire tuberculeuse. Si elle apparaît à la période ante-allergique, le diagnostic en est difficile.

2° — D'autre part, chez un coquelucheux, *la présence d'une cuti-réaction positive* ne permet pas de rapporter à la tuberculose toutes les manifestations pulmonaires cliniques ou radiologiques qui peuvent apparaître au cours de la coqueluche. Nombre de lésions appartiennent en propre à la coqueluche, en particulier la bronchopneumonie traînante. Il faut aussi insister spécialement sur la bronchite avec ou sans distension des bronches, lorsqu'elle s'accompagne d'une expectoration purulente plus ou moins abondante : la fièvre oscillante, l'amaigrissement, parfois

des râles sous-crépitaux, même un souffle pseudo-cavitaire pourrait faire croire à une lésion tuberculeuse évolutive, alors qu'il ne s'agit que d'une lésion coquelucheuse qui va très rapidement guérir et disparaître complètement.

3° — De même, chez un coquelucheux, la présence d'une cuti-réaction négative ne permet pas de rapporter constamment à la seule coqueluche toutes les manifestations pulmonaires que l'on peut observer pendant la durée de cette affection. On sait qu'en effet, que dans certains cas — assez rares il est vrai mais réels — la cuti-réaction à la tuberculine peut disparaître pendant la coqueluche. Cette anergie est, en général, de courte durée. La cuti-réaction redevient rapidement positive, et cette réapparition pose alors le problème de l'origine tuberculeuse des lésions, si l'enquête étiologique n'avait pas déjà permis de la soupçonner.

CHAPITRE II

PRONOSTIC

La relation des observations précédentes tend à prouver que la coqueluche a parfois une influence sur la tuberculose pulmonaire évolutive, et cela, le plus souvent, pendant le décours de la coqueluche. Quels vont être les éléments permettant de poser le pronostic en face d'une tuberculose évolutive ?

L'âge a sans doute une certaine importance. Nous avons rapporté 27 observations de nourrissons âgés de moins de deux ans, dont 7 avant un an, 20 entre un et deux ans. Parmi eux, 16 présentaient une tuberculose non évolutive, aucun n'a présenté de réveil des lésions tuberculeuses antérieures. Les 11 autres étaient atteints de tuberculose pulmonaire évolutive : nous avons noté 5 décès par bronchopneumonie tuberculeuse, 1 par granulie.

L'intervalle entre la contamination tuberculeuse et la coqueluche n'a qu'une valeur relative. En effet,

chez le nourrisson, la contamination est presque toujours récente, cependant 21 enfants sur 27 n'ont pas présenté de réveil de leur tuberculose. D'autre part, nous avons retrouvé 67 fois (sur 200 observations) le contagé, souvent important et massif, dû à un parent proche, avec lequel l'enfant avait cohabité pendant une durée de plusieurs mois. (1) En outre, la coqueluche a évolué plusieurs fois peu de temps après la primo-infection; elle a même pu, dans deux cas, coïncider avec elle. Nous n'avons qu'exceptionnellement observé d'aggravation de la tuberculose de ce fait.

L'intensité de la coqueluche n'a qu'une importance minime. Les formes graves avec quintes nombreuses, complications pulmonaires, n'ont pas entraîné de réveil de la tuberculose.

L'association avec d'autres maladies n'a pas non plus une grande valeur, sauf peut-être la succession rapide de la coqueluche et de la rougeole : nous avons constaté cette association dans les 12 cas sur 200 : 7 fois chez des enfants atteints de tuberculose non évolutive (observations 32, 41, 47, 53, 66, 99, 118) — nous n'avons observé que dans l'observation 53 une évolution tuberculeuse très rapide, — 5 fois chez des tuberculeux évolutifs (observations 149, 152, 162,

(1) La date exacte de la contamination tuberculeuse est très difficile à préciser. Habituellement, nos enfants avaient cohabité plusieurs mois avec un parent chez lequel on avait diagnostiqué par la suite une tuberculose pulmonaire. Dans plusieurs cas, c'est la constatation d'une cuti-réaction positive chez l'enfant, qui a donné l'éveil et provoqué l'examen des parents.

187, 194), — 2 fois l'évolution tuberculeuse a été constatée (observations 149 et 194). Dans les 3 cas où l'évolution tuberculeuse a été constatée, la succession des deux maladies avait été rapide.

L'état général de l'enfant n'a qu'un rôle secondaire. Dans la clientèle hospitalière actuelle se rencontrent de nombreux hypotrophiques. Nous avons relaté 27 cas sur 200 où le poids était très inférieur à la moyenne. Aucune aggravation de la tuberculose n'a été constatée dans ces cas.

Un seul facteur paraît avoir de la valeur : *c'est la forme que revêt la tuberculose pulmonaire*. Tandis que nous avons observé la régression de 12 spléno-pneumonies dans un délai de 6 mois à 2 ans, la cicatrisation fréquente d'images ganglio-pulmonaires à siège hilare, nous n'avons retrouvé que peu de cas d'amélioration d'ensemencement nodulaire des poumons. Il faut d'ailleurs noter que, dans les cas favorables, il s'agissait toujours d'ensemencement nodulaire très limité ; dans les cas d'ensemencement nodulaire plus étendu ou d'apparition récente, l'évolution s'est presque constamment faite vers une bronchopneumonie.

En conclusion l'évolution grave de la tuberculose pulmonaire est liée le plus souvent à la forme clinique de la tuberculose au moment où la coqueluche se déclare. C'est ainsi que les formes micro ou macronodulaires revêtent une grande sévérité contrairement aux spléno-pneumonies et aux infiltrations hilaires. Ces premières formes sont toujours plus

redoutables que les secondes en dehors de toute coqueluche. Il nous semble qu'il n'est pas exagéré de dire que *le pronostic est, au fond, celui de toute tuberculose isolée, la coqueluche n'étant qu'un facteur d'accélération des formes graves.*

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE

Le mécanisme par l'intermédiaire duquel la coqueluche et d'autres maladies infectieuses aggraveraient une tuberculose déjà existante, ou en favoriseraient l'éclosion, a été lui aussi discuté.

De nombreuses théories ont été émises pour expliquer ces faits, et celle de l'anergie a été retenue pendant longtemps : une disparition plus ou moins temporaire de l'état allergique équivaldrait à une perte de moyens de défense de l'organisme, et permettrait le réveil d'une tuberculose ancienne ou l'installation d'une lésion tuberculeuse nouvelle.

Or, la coqueluche et d'autres maladies infectieuses au premier rang desquelles la rougeole, favoriseraient la disparition temporaire de l'allergie, et créeraient l'état d'anergie propre au développement d'une tuberculose : cette opinion a été émise, semble-t-il, pour la première fois par POPPER (1914) qui rap-

porte le fait suivant : un enfant de 6 ans présente 2 cuti-réactions négatives pendant les 6 premières semaines de sa coqueluche, et à ce moment la réaction de Pirquet devient à nouveau positive.

Pour Von PIRQUET la disparition des réactions à la tuberculine pendant la coqueluche est un fait couramment observé.

GALLI (1923) trouvant habituellement 35 à 55 % de cuti-réactions positives dans les services d'enfants, n'en remarque que 14,6 % chez les coquelucheux ; d'autre part, dans 6 cas de coqueluche grave, la cuti-réaction jusque là positive, s'est montrée négative, et dans 2 cas de coqueluche légère, la cuti-réaction a été négative, tandis que l'intra-dermo réaction restait positive.

VARIOT rapporte le cas d'un enfant de 3 ans 1/2 mort d'hémoptysies récidivantes survenues au cours d'une coqueluche. A l'autopsie, il a trouvé des ganglions fibro-caséux ; 2 cuti-réactions avaient été négatives.

NOBÉCOURT et FORGERON (1922) trouvent une proportion de 90 % de cuti-réactions négatives parmi les coquelucheux (33 cas sur 37). Les auteurs insistent sur le fait, déjà signalé par GALLI, que les cuti-réactions positives sont plus rares chez les coquelucheux que chez les autres enfants. Ils ont, d'autre part, observé 3 cas où des lésions tuberculeuses indiscutables existaient à l'autopsie, alors que les réactions à la tuberculine avaient été négatives.

PAISSEAU et TIXIER rapportent un cas de broncho-

pneumonie tuberculeuse au cours d'une coqueluche, vérifiée à l'autopsie; l'intra-dermo réaction avait été négative.

D'après A PATTE, dans sa thèse, les cuti-réactions négatives s'observent assez fréquemment au cours des maladies infectieuses.

KLEINSCHMIDT insiste, lui aussi, sur la diminution de la faculté de réaction à la tuberculine au cours de la coqueluche, mais conteste énergiquement que ce soit là un fait fréquent.

Ces auteurs concluent, pour la plupart, que la coqueluche peut donc entraîner une anergie tuberculinique d'autant plus marquée que la coqueluche est plus grave et, qu'il vient se surajouter des complications au premier rang desquelles la bronchopneumonie. Cette anergie tuberculinique a été rapprochée de la disparition du caractère positif des cuti-réactions chez les tuberculeux cachectiques, ou dans les tuberculoses aiguës.

Mais ces faits sont actuellement largement contestés. Déjà, en 1910 ROLLY émet l'hypothèse d'un facteur purement cutané ou humoral qui expliquerait la disparition temporaire des réactions à la tuberculine pendant la période fébrile de nombreuses maladies. R. DEBRÉ (1926) expose, à propos de la rougeole, que la disparition des réactions à la tuberculine n'est qu'un élément d'un phénomène plus général : en effet, la rougeole semble exercer un arrêt transitoire sur différentes réactions, influence retardante sur la vaccine (HAMBURGER et SIHEY, NETTER et

PORAK), modifications de la réaction de Wassermann, du séro-diagnostic de WIDAL. Et ces faits sont valables pour nombre d'autres maladies infectieuses. R. DEBRÉ démontre, d'autre part, que la persistance ou la disparition de la cuti-réaction dépend beaucoup plus de la gravité de la maladie infectieuse que du caractère évolutif de la tuberculose.

Mlle DUMANS, parmi les 14 observations qu'elle rapporte dans sa thèse, remarque que les réactions à la tuberculine positives avant la coqueluche, sont restées positives pendant l'évolution de cette affection. Ces réactions étaient pratiquées systématiquement chaque semaine, et on put uniquement, et encore l'auteur ne l'affirme pas, devenir temporairement plus faibles.

Plus récemment (1936) J. PARAF et P. MORHANGE ont constaté que la disparition de la cuti-réaction pendant l'éruption morbilliforme est uniquement liée aux troubles vaso-moteurs qu'elle provoque.

E. LESNÉ affirme également que l'anergie tuberculiniques au cours de la rougeole est uniquement cutanée, et qu'il en est de même dans les autres maladies infectieuses.

Voici les constatations que nous avons pu faire dans nos observations personnelles : dans le premier groupe de cas (tuberculose non évolutive), nous avons constaté 9 fois sur 147 cas, une cuti-réaction négative pendant une durée de quinze jours à un mois au maximum. Il s'agissait d'enfants dont nous connais-

sions les antécédents, et qui avaient, nous pouvons l'affirmer avec certitude, une cuti-réaction positive avant la coqueluche. Cependant, aucun de ces enfants n'a présenté d'aggravation de la tuberculose préexistante ce qui rend bien problématique l'hypothèse d'anergie.

Dans notre second groupe de cas (tuberculose évolutive), nous avons observé 6 fois sur 53 cas, une cuti-réaction négative pendant une durée de quinze jours à trois semaines ; 4 parmi ces enfants ont guéri malgré d'importantes lésions tuberculeuses, les deux autres sont morts de bronchopneumonie tuberculeuse. Nous trouvons donc une proportion de 7,5 % (15 sur 200) de cas où la cuti-réaction positive antérieurement fut négativée pendant la coqueluche (1). Nous avons observé 1 % d'évolution de la tuberculose dans ces cas.

D'ailleurs, il nous faut souligner que même si la cuti-réaction est négativée, avant de conclure de ce fait à la disparition de l'allergie à la tuberculine, il faut employer d'autres techniques. En effet, on sait que la cuti-réaction est une méthode peut être moins sensible que l'intra-dermo réaction, et d'autre part, ne pourrait-il pas s'agir, comme certains auteurs l'ont admis — en particulier RIBADEAU-DUMAS et R. DEBRÉ

(1) Nous pensons pouvoir affirmer qu'aucun autre cas d'anergie coquelucheuse ne nous a échappé. Nous pratiquons toujours une cuti-réaction à la fin de la coqueluche, avant le départ de l'enfant, et, sauf dans les 15 cas rapportés, nous n'avons jamais constaté qu'une cuti-réaction antérieurement négative devienne positive à ce moment.

ont émis cette hypothèse à propos de la rougeole — d'une anergie limitée à la peau ? Rappelons que l'intra-dermo réaction ou Tuberkulin-Test de Koch ne donne pas seulement une réponse locale, mais encore générale et focale, qu'il convient de rechercher avant de conclure à la disparition de l'allergie sur la seule constatation de la disparition de la réaction cutanée. Dans deux cas, alors que la cuti-réaction à la tuberculine était négative, nous avons pu pratiquer l'intra-dermo réaction, qui s'est montrée faiblement positive au 1/100°, franchement positive au 1/10°. La percuti-réaction et la cuti-réaction à la tuberculine de MÉRIEUX nous ont donné des résultats positifs.

De plus, peut-on conclure formellement que la négativation de la cuti-réaction indique la disparition de l'allergie ? LANGE en France, F. MOSES en Allemagne soulignent qu'une telle interprétation est difficile à affirmer. Le problème des relations entre allergie et immunité anti-tuberculeuse a été longtemps débattu et aujourd'hui encore il n'est pas complètement résolu.

Une autre théorie a été également invoquée ; elle est basée sur le fait que les ganglions trachéo bronchiques déjà touchés par la tuberculose, seraient remaniés au cours de la coqueluche. De ce fait, une réinfection endogène serait possible. (LEREBOULLET et HUTINEL). Mais R. DEBRÉ et Mlle PETOT (en 1925) font la constatation suivante : dans la plupart des

protocoles d'autopsie relatant cette intumescence des ganglions trachéo bronchiques pendant la coqueluche on retrouve l'existence d'un foyer pulmonaire surajouté, bronchopneumonie, broncheectasie, ou lésion importante de poumon coquelucheux. Du fait de la rareté des autopsies de coqueluche non compliquée, cette donnée clinique est difficile à constater anatomiquement. D'autre part, ce facteur peut exister dans toute affection pulmonaire aiguë, bronchite, bronchopneumonie, évoluant chez un enfant tuberculeux, et n'est pas propre à la coqueluche.

Un facteur, admis par les auteurs anglais, nous semble plus important : il s'agit du rôle *mécanique des secousses de toux ; lors de l'inspiration forcée de la reprise, une dissémination de bacilles de Koch par voie bronchique semble possible*. C'est là un mécanisme qui est fréquemment invoqué lors de l'ensemencement post-hémoptoïque des territoires sains du poumon, et qui nous semble être le plus probable.

Des facteurs plus banaux : dénutrition du fait d'une coqueluche longue et prolongée, s'accompagnant de vomissements, entraînant des difficultés d'alimentation surtout chez le nourrisson, surinfection hospitalière, ne sont peut être pas négligeables. Mais il nous semble que ces impressions antérieures sur les rapports de la coqueluche et de la tuberculose doivent être rapportées aux mauvaises conditions hospitalières auxquelles on a actuellement remédié par l'isolement des enfants en boxes individuels.

Quant au rôle de réceptivité à la tuberculose créée par la coqueluche que NOBÉCOURT dit avoir remarqué, il nous semble exceptionnel. Sur 200 cas, nous avons observé :

1 enfant chez lequel la cuti-réaction toujours négative est devenue positive 2 mois après le début de la coqueluche, coïncidant avec un ensemenement micro-nodulaire droit.

1 cas d'érythème noueux, avec virage de la cuti-réaction 15 jours après le début de la coqueluche, coïncidant avec l'apparition d'une image ganglio-pulmonaire hilaire bilatérale.

Dans ces 2 cas, le contagé n'a pu être retrouvé, mais ces enfants étaient, suivant toute vraisemblance dans la période ante-allergique dont la durée peut être très variable — quelques semaines à 1 ou 2 mois.

CONCLUSIONS

1° — Seule l'étude longtemps poursuivie de nombreuses observations permet d'apprécier avec exactitude l'influence de la coqueluche sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant.

Nous avons suivi *l'évolution et les suites de la coqueluche chez 200 enfants* âgés de quatre mois à treize ans *présentant une cuti-réaction à la tuberculine positive*, pendant un laps de temps de 3 mois à 2 ans.

2° — L'influence de la coqueluche doit être étudiée séparément chez :

les enfants atteints de tuberculose pulmonaire non évolutive,

les enfants atteints de tuberculose pulmonaire évolutive.

A) Dans le *premier groupe (147 cas)*, l'influence fâcheuse de la coqueluche nous a paru exceptionnelle : de fait, *dans 145 cas, nous n'avons constaté aucun réveil de la tuberculose antérieure* malgré parfois le jeune âge, la date récente de la primo infection, la gravité de la coqueluche, les complications intercurrentes. Dans les deux autres cas, nous n'avons observé qu'un décès par bronchopneumonie tuberculeuse et une aggravation de la tuberculose avec guérison ultérieure.

B) Dans le *second groupe* (53 cas), le rôle de la coqueluche est aussi discutable.

a) Chez *dix-neuf enfants*, présentant des *lésions ganglio-pulmonaires de primo-infection* plus ou moins récentes, l'évolution mortelle n'a été notée que *quatre fois* (une bronchopneumonie tuberculeuse, une granulie, deux méningites). Dans les quinze autres cas, la coqueluche n'a pas empêché l'évolution favorable.

b) Chez *quatorze enfants*, présentant des *condensations à type spléno-pneumonique*, l'évolution mortelle n'a été notée qu'*une seule fois* (bronchopneumonie tuberculeuse et méningite terminale). Dans les treize autres cas, la coqueluche n'a pas empêché la régression complète dans un délai de six mois à deux ans.

c) Chez *dix-neuf enfants* présentant des *tubercules nodulaires* :

1°) *peu étendues* : sur douze cas, il n'y eut qu'un décès par bronchopneumonie huit mois après la coqueluche. Par contre nous avons noté quatre fois une amélioration importante de l'état général, sans régression radiologique parallèle, et sept fois une évolution favorable tant clinique que radiologique.

2°) *déjà étendues* au début de la coqueluche (sept cas) : dans tous ces cas, l'évolution mortelle a été notée par bronchopneumonie tuberculeuse, terminée quatre fois par une méningite.

d) Un enfant présentait une *tuberculose ulcéro-caséuse*, la mort est survenue 9 mois après la coqueluche.

3° — Il est difficile de prévoir le retentissement de la coqueluche sur une tuberculose pulmonaire évolutive. En effet, l'âge, la gravité de la coqueluche, les complications, l'association avec d'autres maladies ne semblent avoir qu'un rôle secondaire. La forme et la gravité de la tuberculose pulmonaire paraissent le point le plus important : les tuberculoses nodulaires évoluent fréquemment vers la bronchopneumonie alors que les formes spléno-pneumoniques sont peu influencées. *Au total, les deux maladies semblent évoluer séparément, les tuberculoses évolutives bénignes guérissent le plus souvent malgré la coqueluche (6 décès sur 45 cas) ; les formes graves continuent leur évolution, peut-être leur cours en est-il accéléré.*

4° — Le mécanisme par l'intermédiaire duquel la coqueluche exercerait une influence défavorable sur l'évolution de la tuberculose est discuté depuis longtemps. Le facteur le plus couramment admis est « l'anergie » : la négativation de la cuti-réaction à la tuberculine, antérieurement positive, en témoignerait. Parmi nos 200 observations, nous n'avons trouvé que 15 fois cette disparition de la cuti-réaction, soit 7,5 %. *disparition temporaire qui n'a duré que 2 à 4 semaines.* Dans 2 de ces 15 cas, la tuberculose pulmonaire a évolué sous forme de bronchopneumonie. D'ailleurs, l'intra-dermo réaction à la tuberculine, dans 2 cas où nous avons pu la pratiquer, est demeurée positive : faible au 1/100°, franchement positive au 1/10°, il ne s'agit donc que d'une anergie relative.

Cette théorie ne paraît pas mériter la large place qu'on lui a attribuée, par contre, l'ensemencement des parties saines du poumon par la projection des bacilles de Koch lors des secousses de toux nous paraît devoir être plus souvent incriminé.

5° — Le diagnostic entre coqueluche et tuberculose peut être difficile chez l'enfant, à la période ante-allergique : en effet, *la toux coqueluchoïde peut être le premier symptôme d'un complexe primaire* ; seules l'apparition de la cuti-réaction positive, une lésion radiologique nette et la notion de contagie, peuvent permettre alors le diagnostic.

Par contre, *la présence d'une cuti-réaction positive ne permet pas de rapporter à la tuberculose toutes les manifestations pulmonaires cliniques ou radiologiques qui peuvent apparaître au cours de la coqueluche* ; tels la bronchopneumonie traînante, le syndrome de bronchite purulente aiguë avec ou sans distension des bronches. Dans ces cas, la fièvre oscillante, l'altération de l'état général, le souffle pseudo-cavitaire, l'expectoration purulente pourraient faire croire à une lésion tuberculeuse évolutive, alors qu'il ne s'agit que d'une lésion coquelucheuse qui va très rapidement guérir et disparaître complètement.

D'autre part, *la présence d'une cuti-réaction négative chez un coquelucheux ne permet pas de rapporter constamment à la seule coqueluche toutes les manifestations pulmonaires que l'on peut observer au cours de cette affection*. On sait en effet, que dans certains cas — assez rares il est vrai mais indis-

tables — la cuti-réaction à la tuberculine peut disparaître pendant la coqueluche. Cette anergie à la tuberculine est, en général, de courte durée. La cuti-réaction redevient assez rapidement positive, et sa réapparition fait alors poser le problème de l'origine tuberculeuse des lésions, à moins que l'enquête étiologique n'ait déjà permis de la soupçonner.

6° — Habituellement, *les images radiologiques réalisées par le poumon coquelucheux ne prêtent guère à confusion avec celles du poumon tuberculeux*. La coqueluche donne avant tout des images para vertébrales et sous-hilaires réalisant de véritables coulées le long des pédicules broncho vasculaires inférieurs, alors que la tuberculose crée surtout des images anormales au niveau de la région hilare et sus-hilaire.

Les manifestations cliniques et radiologiques propres à la coqueluche n'ont été précisées que récemment, aussi semble-t-il que la confusion qui a longtemps régné entre ces divers syndromes confondus avec la tuberculose pulmonaire, explique le rôle trop important attribué pendant de longues années à la coqueluche dans l'aggravation de la tuberculose pulmonaire.

Vu : le Doyen de la Faculté,
BAUDOUIN.

Vu : le Président de thèse,
A. LEMIERRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur de l'Académie de Paris
CH. MAURAIN

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — Précis des Maladies des Enfants (1 vol. Bail-
lière et Cie, Editeurs, Paris).
- AVIRAGNET Ch. E. — De la Tuberculose chez les Enfants.
(Thèse, Paris, 1892).
- ARCE ALONSO G. — Tos ferina y Tuberculosis. (*Pediatra
Espan.*, 21 ; 814-830, sept. 1932).
- AMSLER H. et RUAIS E. — Les Rapports de la Coque-
luche et de la Tuberculose chez l'Enfant. (*Le Monde
Médical*, n° 875, 1° janvier 1936).
- AURICCHIO L. — Sulla Influenza della Pertosse nella
Tuberculosis del l'Infancia. (*Rinase Med.*, 15 ; 371-
372, 15 june 1938).
- BEISKEN. — Aktievieren Masern die Tuberkulose ?
(*Zeitschrift für Kinderheilkunde*, 40. 353. 1926).
- BERGERON et BOURGAREL. — Coqueluche et Tuberculose.
(*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 8, mai-
juin 1927).
- BERDARD L. — La Tuberculose pulmonaire. (1 vol., Mas-
son et Cie, Editeurs, 1925).
- BERNARD L. et VITRY. — Les Adénopathies trachéo
bronchiques de la deuxième Enfance. (*Bull. de
l'Académie de Médecine*, juillet 1923).

BEZANÇON F. et DE JONG S. I. — Précis de Pathologie Médicale, T. II. (Masson et Cie, Edit., 1923).

BERNARD L., LAMY (M.) et Mlle DUMANS (M.). — La prétendue influence de la coqueluche sur la tuberculose du nourrisson. (*La Presse Médicale*, N° 76, 21 sept. 1932).

BECKER J. — Röntgendiagnostik und Strahlentherapie in der Kinderheilkunde. (Berlin, Julius Springer, 1931).

CHALIER. — Précis des Maladies Infectieuses (1934).

CHOFFE F. — Du Rôle des maladies infectieuses dans l'étiologie de la tuberculose de la deuxième enfance. (Thèse, Paris, 1929).

COMBY J. — Article « Coqueluche » dans le Traité des Maladies de l'Enfance. (T. I., Paris, 1897).

COMBY J. — Traité des Maladies de l'Enfance. (7^e Edition, 1927).

CORDEY F. — Etude sur l'Etiologie de la Tuberculose dans la seconde Enfance. (Thèse, Paris, 1925).

CRÉMIEU-ALCAN (Mlle). — Etude sur l'Etiologie de la Méningite tuberculeuse cliniquement primitive chez l'Enfant de 2 à 15 ans. (Thèse, Paris, 1926).

CLINIQUE (La). — Enquête sur la Coqueluche, son Traitement, sa Prévention, ses Conséquences (Mai 1937) (B.).

DEBRÉ R. — De l'abus du Diagnostic d'Adénopathie trachéo bronchique chez l'Enfant. (*Journal des Praticiens*, 30 sept. 1922).

DEBRÉ R., DUHEN et Mlle PÉTOT. — A propos de l'Adénopathie trachéo-bronchique non tuberculeuse. (*Société de Pédiatrie*, avril 1925).

- DEBRÉ R. et CORDEY F. — Sur l'Étiologie et la Pathogénie des Tuberculoses de la seconde Enfance. (*Paris Médical*, 2 janvier 1926).
- DEBRÉ R. et CORDEY F. — Etude sur l'Étiologie de la Tuberculose dans la seconde Enfance. (*Revue française de Pédiatrie*, T. I., n° 2, 1925).
- DEBRÉ R. et Mme KAROLA PAPP. — Sur la Cuti-Réaction au cours de la Rougeole et de la Rubéole. (*Société de Biologie*, 5 juin 1926).
- DEBRÉ R. et Mme KAROLA PAPP. — Recherches sur la Disparition de la Cuti-Réaction positive à la Tuberculine pendant la Rougeole. (*Annales de Médecine*, XIX, N° 6, juin 1926).
- DEBRÉ R. et Mlle CRÉMIEU-ALCAN. — Etude sur l'Étiologie de la Méningite tuberculeuse cliniquement primitive chez l'enfant de 2 à 15 ans. (*Revue française de Pédiatrie*, T. II, N° 5, 1926).
- DEBRÉ R., LAMY M., MIGNON M. et WELTI J.-J. — Le Poumon coquelucheux et son Image radiologique (*Presse Médicale*, N° 51, p. 1011, 25 juin 1938).
- DEBRÉ R. et SENOZE R. — Sur l'Étiologie de la Méningite Tuberculeuse secondaire. (*Revue française de Pédiatrie*, T. III, N° 6, 1927).
- DEBRÉ (R.), SAENZ (A.), BROCA (R.) et MALLET (R.). — Etudes sur l'érythème noueux. (*Revue Française de Pédiatrie*, T. XIV, N° 5, 1938).
- DUFOURT A. — La convalescence des maladies infectieuses chez les enfants tuberculeux. (in *La Presse thermique et climatique*, 1938, 15 janvier, p. 34).
- DUMANS Mlle M. — L'Influence de la Coqueluche sur la Tuberculose du Nourrison. (Thèse, Paris, 1932).
- DÜKEN J. — Die eitrige Keuchhüstenbronchitis und ihre Behandlung. (*Zeitschrift der Kinderheilkunde* 1931, 50, 26).

- ECKSTEIN A. — Beeinflussung der Tuberkulose durch andere Krankheiten in Engel S. and von Pirquet C. (*Handbuch der Kindertuberkulose*. Leipzig, Georg Thieme, 1930, vol. 2, p. 1505).
- ELIASBERG H. — Die Abhängigkeit der Tuberkulose Verlaufs beim Kinde von den Infektionsbedingungen der hereditären Belastung und der Lokalisation der Tuberkulose. (*Jahrbuch der Kinderheilkunde*, vol. 89, 1919).
- ENGEL S. -- Meningitis tuberculosa und Miliartuberkulose (*Handbuch der Kindertuberkulose de Engel et Pirquet*, T. I., 522, Georg Thieme, Leipzig. 1930).
- Encyclopédie Médico-Chirurgicale. — Maladies infectieuses (article Coqueluche, par JULIEN-MARIE, p. 1814).
- FERRU. — Lolite tuberculeuse infantile compliquée de Coqueluche et terminée par une Méningite. (*Revue médicale du Centre Ouest*, 4, 274-279, nov. 1932).
- FONSO GANDOLFO C., BLANCO J. R. et VOTORERO. — Coqueluche et Tuberculose. (*La Semaine Médicale de Buenos-Ayres*, 12, IX, 1929).
- FEYRTER F. — Ueber die pathologische Anatomie der Lungerveränderungen Keuchhusten. (*Frankfurt. Zeitschrift für Path.*, 35, 213, 1927).
- FEER. — Lehrbuch für Kinderheilkunde, (9^e édition, 1926).
- FINKELSTEIN H. — Lehrbuch der Säuglingskrankheiten (3^e édition, Julius Springer, Edit., Berlin, 1924).
- GABRIEL E. — Pertussis und Tuberkulose (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 142-281, 1934).
- GOEBEL F. — Die Beeinflussung der Kindertuberkulose durch hinzutretende Infektionen. (*Ergn. d. inn. Med. u. Kinderh.*, 36, 126, 1929).

- GAJZAGO et GÖTTSCHE O. — Neure Angaben über Diagnostik und Prophylaxie des Keuchhusten. (*Monatschrift f. Kinderheilk*, 1936, 65, 141).
- GÖTTSCHE O. — Die Pertussislunge und ihre Röntgenbild. (*Monatschr. f. Kinderheilk*, 1929, 44, 457).
- GOTTLIEB R. et MÖLLER B. — Über Säuglingspertussis. (*Jb. für Kinderheilk*, 1923, 100-222).
- GELSTON C. F. — Statistiques relatives à la Tuberculose infantile en Californie. (*Société de Pédiatrie de Paris*, t. XXII, Séance du 15 avril 1924).
- GRENET. — L'Adénopathie trachéo bronchique chez l'Enfant. (*Paris Médical*, 18 février 1921).
- GROER F. von. — Allgemeine Prognostik der Tuberkulösen Infektion. (*Handbuch der Kindertuberkulose de Engel et Pirquet*, T. II, 1936. Georg. Thieme, Leipzig, 1930).
- GROER F. von et PIRQUET Ch. — In *Handbuch der Kinderheilk. de Pfaundler et Schlossmann*, T. II, 3^e édition, 1924).
- GALLI. — Allergie Tuberculonica et Pertosse. (*Poediatrica*, 1923, XXXI).
- GRANCHER et COMBY. — Traité des Maladies de l'Enfance. (T. I., 2^e édition, p. 404. Masson et Cie, édit., 1904).
- HUTINEL et DARRÉ. — Maladies des Enfants. (T. I., p. 477, 1909).
- HEUBNER. — Lehrbuch der Kinderkrankheiten. (2^e édition, 1906).
- HILLENBERG S. — Beitrag sur Keuchhustenleukozytose. (*Zeitschrift für Kinderheilkunde*, 1929, p. 222).
- HUNNERMANN C. — Die Röntgenologie der Keuchhustenslunge und ihre Bedeutung für die Klinik. (*Monatschr. f. Kinderheilk*, 1929, 47, 36).

HÉRSHEY I. J. et F. WARD. — Whooping Cough in Tuberculous Children. (*Am. Rev. Tuberc.*, 32, 612-615, nov. 1935).

HAJAKAWA T. — Studien über die Keuchhusten Pneumonie. (*Ztschr. f. Kinderh.*, 47, 532, 1929).

HERRERO BESEDA M. — Sobre la Relacion entre la Tos ferina y Tuberculosis. (*Rev. de Hig. y de Tuberc.*, 26, 169-173. July 31, 1933).

HUET G. S. — Whooping Cough and Tuberculosis. (*Nederlandsch Tijdsch-N-Genesk.*, 79, 2522, May 25. 1935).

KLEINSCHMIDT H. — Tuberkulose der Kinder. (2^e édition. A. Barth. Leipzig, 1927).

KNOEPELMACHER W. — Der Keuchhusten. (*Handbuch der Kinderheilkunde*).

LEGER. — Sur le pronostic de la Coqueluche. (Thèse, Paris, 1909).

LAVERGNE V. de et ACCOYE M. — Facteur sanguin de la Rougeole qui atténue la Positivité des Réactions à la Tuberculine. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 32, 1420-1423, 9^e nov. 1936).

LESNÉ (E.) et COFFIN. — La cuti-réaction au cours des maladies infectieuses. (*Bulletin et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*).

MATTEI J. — La Pratique de la Mesure de la Vitesse de Sédimentation des Globules rouges dans la Tuberculose Pulmonaire. (*Science Méd. Pratique*, n^o 10, 1929).

MARFAN A. B. — L'adénopathie trachéo bronchique. (*Presse Médicale*, 22^e déc. 1923).

MARFAN A. B. — Les Enseignements de la Cuti-Réaction. L'immunité anti-tuberculeuse. (*Presse Médicale*, 22 déc. 1923).

- MEYER et BURGHARD. — Beitrag zur Klinik des Keuchhustens. (*Zeitschr. für Kinderh.*, T. XL, n° 103, 1926).
- MOSES E. — Der Einfluss des Keuchhustens auf die Tuberkulose Immunität. (*Zeitschr. für Kinderl.*, T. 43, 398-402, 1927).
- MOUISSET. — Coqueluche et Tuberculose. (*Revue de la Tuberculose*, août 1926).
- MIKULOWSKI. — Coqueluche et Tuberculose. (*Jahrb. für Kinderheil*, 148-346-353, 1937).
- MIKULOWSKI W. — Über Keuchhustenpleuritis. (*Jahrb. f. Kinderh.*, 128-258-270, 1930).
- MARQUEZY R. A., LAUNAY Ch., LEMOINE et Mlle E. MAGE. L'Exploration radio-lipiodolée au cours de la Coqueluche en cas d'Expectoration purulente. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. d. Hôp. de Paris*, 3 fév. 1939, n° 4).
- NALBANT S. P. — The effect of contagious Diseases on pulmonary Tuberculosis and on the tuberculous Reaction in Children. (*Am. Rev. of Tub.*, T. 36, p. 773, 1937).
- NOBÉCOURT P. — Précis de Médecine des Enfants. (1 vol. Masson et Cie, Edit. Paris).
- NOBÉCOURT P. et FORGERON H. — Les Réactions à la Tuberculine au cours de la Coqueluche. (*Archives de Médecine des Enfants*, T. XXV, Juillet 1922).
- NOBÉCOURT P. — Infections des Voies respiratoires. Bronchites et Bronchopneumonies dans la Coqueluche. (*Progrès Médical*, 1^{er} avril 1922).
- NOBÉCOURT P. — Coqueluche et Tuberculose. (*Journal de Médecine de Paris*, n° 15, 15 avril 1921).

- NOEGGERATH et ECKSTEIN. — Zur Beurteilung phtisiotherapeutischer Erfolge bei Kindern. (*Klinische Wocheschr.*, 3, 50, 1925).
- OREL H. — Tuberkulindiagnostic in Engel S. et von Pirquet C. (*Handbuch der Kindertuberkulose*, Leipzig, Georg. Thieme, 1930).
- PEHU M. et DUFOUT A. — Tuberculose Médicale de l'Enfance (1 vol. G. DOIN et Cie, Edit., Paris, 1927).
- PETOT Mlle C. — L'Adénopathie médiastine non tuberculeuse chez l'Enfant. (Thèse, Paris, 1928).
- POSPISCHILL. — Klinik und Epidemiologie der Pertussis (1 vol. Karger, édit., Berlin, 1921).
- POPPER E. — Ueber Pertussis. (*Med. Klin.*, 10, 1097, 1914).
- PINCHERLE P. — Studien über die Keuchhustenpneumonie. Röntgenbefunde und Röntgentherapie der Pertussis. (*Fortschr. Röntgen.* 1925, 33, 211).
- PARAF S. et MORHANGE P. — Phénomène d'Anergie tuberculinique pendant la Rougeole. (*Bull. et Mém. Société Méd. d. Hôp. de Paris*, 52, 578-579, 13 avril 1936).
- PINON M. — Valeur pronostique de la Vitesse de Sédimentation dans la Tuberculose pulmonaire. (Thèse, Paris, 1940).
- RIST E. et LEVESQUE S. — Contribution à l'Etude de l'Adénopathie trachéo bronchique de l'Enfant. (*Revue de la Tuberculose*, T. XI, n° 2, févr. 1930).
- ROHMER. — Clinique et Epidémiologie de la Tuberculose infantile ; les Bases actuelles de la Lutte anti-tuberculeuse. (*Concours Médical*, 18 janv. 1925).
- ROSENFELD S. — Die Tuberculose Statistik. (*Comptes-rendus du Comité d'Hygiène de la Société des Nations*, Genève, 1925).

- RIBADEAU-DUMAS. — Les Débuts de la Tuberculose pulmonaire. (1 vol. Flammarion, Edit., Paris, 1925).
- RIBADEAU-DUMAS. — Sur le Diagnostic des Adénopathies trachéo bronchiques. (*Paris Médical*, 4 déc. 1920).
- ROLLY. — Über die Beeinflussung der von Pirquetschen Tuberkulinreaktion durch verschiedene Krankheiten. (*Münch. Med. Wschr.*, 1910, 2275).
- RHINEHART B. A. — Spontaneous Pneumothorax ; Report of Case apparently following Whooping Cough (*Radiology* 7 ; 253-254. Sept. 1926).
- ROTHPLETZ H. — Die Blutkörperchen Senkungsreaktion; ihrer Bedeutung für den praktischen Arzt. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. LIX N° 26, 29 juin 1929).
- STEVENIN H. — La Coqueluche. (1 vol. Flammarion, Edit., Paris, 1926).
- SÉNOZE R. — Sur l'Étiologie de la Méningite tuberculeuse secondaire dans la seconde Enfance. (Thèse, Paris, 1926).
- SUNDAL H. — Über Keuchhusten (*Acta Paediat.*, 14. 104. 1932).
- SACABEJOS H. — Estudios sobre la Relacion entre la Tos ferina y Tuberculosis (*Rev. de Hig. y Tuberc.*, 26, 173-175, July 31, 1933).
- SHELTON (R.). — Imagen radiografica sendo tuberculose en un caso de coqueluche. (*Rev. Med. de Barcelona*, 20, 401-405. Nov. 1933).
- STEFFEN A. — Pneumothorax et Abscess pulmonaire compliquant une Coqueluche. (*Arch. Pediat.*, 43. 50-53, janv. 1926).
- SCHWERMANN. — Die Bedeutung der Masern und der Keuchhusten für die Pathogenese der Kindertuberkulose. (*Med. Klin.*, 1919, p. 464).

SIEGEL M. and GOLDBERGER E. W. — Active Immunization of tuberculous Children against Whooping Cough with Sauer's Vaccine. (*J. A. M. A.*, 109-1088, 2 oct. 1937).

SIEGEL M. and GOLDBERGER E. W. — Effects of Whooping Cough on Tuberculosis. (*American Journal of Diseases of Children*. March, 1939, p. 506 à 516).

SAUER L. W. et HAMBRECHT L. — Experimental Whooping Cough. (*Am. J. Diseases of Children*, vol. 37, p. 732, 1929).

SOCIÉTÉ DES NATIONS. — Rapport Epidémiologique mensuel de la Section d'Hygiène du Secrétariat, 144. N° 11, 1930).

SLAYDON HERBEN B. et ASSESSON H. — Tuberculosis Meningitis in Children; a Statistical Study of the Disease from Birth to Fifteen Years of Age. (*Am. Rev. of Tub.*, mai 1925).

WILDTGRUBE L. — Zusammenfassung neuerer Erkenntnisse über Aetiologie und Pathogenese des Keuchhustens. (*Erg. der. inn. Med. und Kinderh.*, 1933, 45 643).

WEILL E. et PEHU M. — Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeutique appliquée. Article « Coqueluche T. XVI (A. Maloine et Fils, Edit., Paris, 1921).

TABLE DES MATIÈRES.

<i>Introduction</i>	9
---------------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

<i>Rappel historique</i>	10
--------------------------------	----

DEUXIÈME PARTIE

Etude clinique. — Observations personnelles.

I. — Influence de la coqueluche sur la tuberculose pulmonaire non évolutive.....	27
--	----

II. — Influence de la coqueluche sur la tuberculose pulmonaire évolutive.....	84
---	----

TROISIÈME PARTIE

CHAP. I. — Diagnostic.....	137
----------------------------	-----

CHAP. II. — Pronostic.....	165
----------------------------	-----

CHAP. III. — Pathogénie.....	169
------------------------------	-----

<i>Conclusions</i>	177
--------------------------	-----

<i>Bibliographie</i>	182
----------------------------	-----